

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 70

Des RÉCIDIVES

après

MYOMECTOMIE ABDOMINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Février 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges PACAUD

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon

né à SERLEY (Saône-et-Loire) le 6 Mai 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

DES RÉCIDIVES
APRÈS MYOMECTOMIE ABDOMINALE

Des RÉCIDIVES

après

MYOMECTOMIE ABDOMINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Février 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges PACAUD

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon

né à SERLEY (Saône-et-Loire) le 6 Mai 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

. 1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENC
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	X.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENC.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	MOURIQUAND.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, président ; PATEL, assesseur ;
LAROYENNE et COTTE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES DEUX GRAND'MÈRES

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE BERTHE

A MA MÈRE

Humble hommage de ma reconnaissance et de mon amour filial.

A MON FRÈRE ET A MES DEUX SŒURS

En témoignage de ma grande affection.

A MES ONCLES ET TANTES

En hommage de ma profonde gratitude pour les marques d'affection qu'ils nous ont toujours prodiguées.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES

Morts au Champ d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOULLIoud

*Chirurgien honoraire de l'Hôpital Saint-Joseph
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Il fut toujours pour nous un maître bienveillant en qui on ne sait ce qu'il faut le plus admirer : du dévouement, de l'inépuisable bonté, de la très haute intelligence de son art et de toutes les choses de la vie. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous guider de ses précieux conseils dans son élaboration. Qu'il trouve ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour la sollicitude qu'il nous témoigna pendant notre internat.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHABALIER

Médecin en chef de l'Hôpital Saint-Joseph.

Il fut pour nous un maître d'une extrême bienveillance, dont nous avons toujours apprécié l'enseignement clinique. Nous lui devons une grande part de notre formation médicale.

Nous lui exprimons ici nos remerciements et notre vive gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR VILLARD

*Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qu'il veuille bien accepter ici
l'hommage de notre admiration pour
son enseignement clinique précis et
varié, et de notre reconnaissance pour
l'amabilité avec laquelle il nous a
toujours accueilli dans son service,
ainsi que pour le grand honneur qu'il
nous fait en acceptant la présidence de
cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAVIOT

*Professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine
de Lyon*

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR PATEL

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de guerre.

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

MESSIEURS LES DOCTEURS OLIVIER

GIULIANI

FAYSSE

CHARRAT

A MESSIEURS LES DOCTEURS PELLANDA

MICHON

A MES JUGES

DES RÉCIDIVES

APRÈS MYOMECTOMIE ABDOMINALE

INTRODUCTION

Dans la question des indications du traitement chirurgical des fibromes utérins mise à l'ordre du jour du trente-troisième Congrès de Chirurgie, l'année dernière, une place importante a été faite à la chirurgie conservatrice par les deux Rapporteurs, M. le Docteur Labey, de Paris, et M. le Professeur Tixier, de Lyon.

D'après ceux-ci, l'opération idéale est chez la femme jeune, chaque fois qu'elle est possible, la myomectomie abdominale, car elle a l'avantage sur l'hystérectomie de conserver à la femme ses fonctions physiologiques normales : menstruation et fécondation.

Mais comme c'est une opération conservatrice, elle est pour ainsi dire incomplète. Elle laisse quelquefois dans l'utérus des noyaux fibreux ou les conditions physiologiques encore mal déterminées qui ont amené l'éclosion des premiers fibromes. D'où la possibilité de récidives.

Notre Maître, M. le Docteur Goullioud, chez qui nous venons de passer un semestre comme interne, nous a donné l'idée de rechercher dans ce travail et

d'étudier comment se présentent ces cas de récidives, au bout de combien de temps, par quels symptômes ils se révèlent, et quel est le traitement qu'il faut leur appliquer.

Nous étudierons les aspects cliniques variés que présentent les différents cas et nous les classerons en :

I. — Récidives vraies qui nécessitent un traitement actif : hystérectomie ou application de radium, à cause du retour de nouveaux symptômes (hémorragies, tumeur, etc...).

II. — Récidives latentes sans symptôme et sans indication de traitement.

III. — Fibromes laissés dans la région cervicale et occasionnant des troubles obstétricaux.

IV. — Récidives sous forme de tumeur maligne.

V. — Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Récidives vraies.

DÉFINITION. — Que faut-il entendre par *récidive* ? Habituellement, on donne le nom de *récidive* à la réapparition dans un organe, au bout d'un certain temps, d'une tumeur semblable à celle que l'on avait enlevée auparavant.

Par *récidive vraie*, après l'énucléation d'un ou plusieurs fibromes utérins, nous entendrons la formation dans le parenchyme utérin, de nouveaux noyaux ayant pris naissance, à une date plus ou moins éloignée de l'intervention et donnant de nouveaux symptômes fonctionnels ou physiques.

Nous appellerons aussi *récidive vraie*, l'augmentation de volume de petits noyaux fibromateux existant déjà lors de l'opération, mais trop petits pour être perçus dans l'épaisseur des parois utérines, ou, le développement de petits nodules fibreux oubliés, ou laissés volontairement dans le parenchyme utérin, quand

ceux-ci auront grossi au point de donner lieu à des symptômes, qui le plus souvent sont des hémorragies, mais quelquefois aussi des douleurs abdominales ou des signes de compression.

I. — Physiologie utérine post-opératoire ou évolution des fibromes après la myomectomie.

A la suite de l'énucléation des noyaux fibreux, l'utérus diminue immédiatement, cela va de soi, du volume des masses extirpées ; mais en outre, il se produit dans les semaines et les mois qui suivent, une véritable *involution utérine*, analogue à l'involution puerpérale. L'hypertrophie du tissu utérin, qui généralement existe autour du fibrome, rétrocede après l'énucléation et peut si bien disparaître qu'au bout de quelques mois l'organe peut avoir retrouvé un volume normal. L'hystéromètre dans des cas opérés depuis longtemps montre une cavité utérine revenue presque à la normale. Il y a même quelquefois surinvolution, ménopause anticipée. (Thèse Benoît Gonin, p. 27.)

La myomectomie semble en outre diminuer l'état d'éréthisme vasculaire de l'utérus et mettre fin aux processus congestifs dont il est le siège. La suppression des gros noyaux fibreux, à elle seule, fait disparaître les phénomènes irritatifs qu'ils entretenaient dans leur voisinage:

« Il y aurait même lieu d'espérer, après une myomectomie, voir s'atrophier les petits fibromes musculés qui échappent au chirurgien et rétrocéder les tumeurs débutantes. Il est probable aussi que les troubles circulatoires provoqués par l'hystérectomie et les sutures contribueront pour une part à diminuer les chances de récidives. » (*In thèse d'Achard*, p. 16.)

Quand cette involution se produit, l'utérus revient à un volume normal, les métrorragies disparaissent avec toute la symptomatologie du fibrome, les règles reparaissent ayant diminué d'abondance et de durée. Les malades sont complètement guéries et retrouvent leurs fonctions génitales normales. Elles peuvent même être fécondées et mener à bien des grossesses normales, se terminant par des accouchements normaux, même dans les cas qui ont récidivé : 2 grossesses (Obs. IV), 1 grossesse (Obs. VII), 1 grossesse (Obs. XIV).

Pendant la grossesse, le fibrome prend un développement rapide bien connu, mais, après l'accouchement, il s'atrophie de façon remarquable du fait de l'involution puerpérale. Cette involution se produit-elle chez une femme de 40 ans, celle-ci peut espérer arriver à la ménopause sans incident. Au contraire, chez la femme plus jeune, de 30 ans par exemple, le fibrome atrophié après l'accouchement se remet à pousser et au bout de quelques mois ou de quelques années, il arrive « à maturité », c'est-à-dire qu'il se manifeste à nouveau par des symptômes qui amènent la malade à consulter un médecin.

Après la fausse-couche, il y a involution nulle ou insuffisante (Obs. XIX).

Donc, quand leur âge le permet, les malades franchissent sans encombre le cap de la ménopause physiologique.

Mais quand l'involution post-opératoire a cessé son action, les petits fibromes laissés dans les parois reprennent leur essor ou bien de nouveaux noyaux peuvent naître du fait de la persistance des conditions physiologiques mal déterminées qui ont permis l'évolution des premiers fibromes. Ces conditions sont impossibles à établir puisqu'on ne connaît pas la pathogénèse des fibromes. Mais il est logique de penser que plus on a laissé de noyaux fibreux, plus les chances de récidives seront grandes.

C'est pourquoi il faut faire un choix dans les cas ; nous y reviendrons ultérieurement.

II. — Considérations pathogéniques et étiologiques.

Parmi les conditions favorisant l'évolution de ces noyaux fibromateux, nous retiendrons :

- a) *l'hypergénéralité,*
- b) *la stérilité,*
- c) *la sécrétion ovarienne suffisante.*

a) INFLUENCE DE L'HYPERGÉNÉRALITÉ.

Alexandre Rosner, professeur de clinique de gynécologie et d'obstétrique de l'Université Jagellone, à Cracovie, a fait des recherches sur le rapport entre

l'état constitutionnel des organes génitaux de la femme et le développement des myomes. Elles s'appuient sur l'examen de 178 femmes myomateuses ; 4 présentaient une certaine hypertrophie des signes constitutionnels féminins ; 135 avaient une constitution génitale normale ; 39 présentaient un défaut constitutionnel. Donc 78 % ne montraient aucun signe d'une constitution insuffisante. Et il conclut : « Ce sont les femmes douées d'une constitution normale des organes génitaux chez lesquelles on rencontre le plus souvent des myomes, et un défaut constitutionnel ne favorise en aucune façon l'évolution de ce néoplasme. »

Il admet aussi l'influence favorisante de la stérilité sur le développement des myomes. Puis il étudie l'état de l'utérus de 100 femmes réglées depuis 20 ans et il trouve que 49 % sont myomateuses. Il recherche ensuite s'il y a un rapport entre le volume des myomes et la constitution génitale des femmes et il arrive à cette conclusion :

1° La moitié des femmes environ, qui sont réglées depuis au moins 20 ans sans avoir eu d'enfant est atteinte de myomes.

2° Chez les femmes douées d'une constitution normale et qui étant réglées depuis au moins 20 ans, ne sont pas devenues mères, les myomes se développent très fréquemment et acquièrent des dimensions considérables.

3° Chez les femmes ayant un défaut constitutionnel se trouvant dans les mêmes conditions, les *myomes* se développent rarement. Les dimensions de ces tumeurs

sont presque toujours *petites ou moyennes*, ce qui peut s'expliquer par leur évolution tardive ou par leur lent accroissement.

Par conséquent, en ce qui nous concerne, les femmes myomectomisées, appartenant à cette dernière catégorie, auront rarement des récidives, et si elles en ont leurs tumeurs seront de petit volume. Les femmes à constitution génitale normale plus disposées à avoir de gros fibromes, auront aussi plus facilement et plus rapidement, des récidives, et celles-ci atteindront un volume assez gros.

Mme Glöckner trouve que les femmes atteintes de myomes sont réglées plus tôt que les autres et ont une ménopause plus tardive.

Or, ces femmes sont celles que l'auteur classe comme douées d'une forte constitution des organes génitaux.

Troell et de Lund vont plus loin et affirment que plus les règles apparaissent tôt, plus grande est aussi la probabilité de l'évolution des myomes.

b) INFLUENCE DE LA STÉRILITÉ.

C'est une idée encore contestée. Bayle écrivait en 1813 (*Dictionnaire des Sciences médicales*, t. VII) : « Les femmes qui étant mariées n'ont pas d'enfant et celles qui n'en ont qu'un ou deux sont plus exposées à avoir des corps fibreux de la matrice que celles qui en ont un plus grand nombre, de sorte qu'il paraît, d'après le résultat de mes recherches, que la matrice est plus disposée à la production de corps fibreux ».

lorsqu'elle n'est point modifiée par la grossesse que lorsqu'elle est à diverses reprises distendue par des produits de conception ».

Cruveilhier (*Anatomie pathologique*, t. II et III, Paris, 1865), dit : « Après l'époque de la puberté, on observe des corps fibreux utérins dans toutes les conditions et à toutes les périodes de la vie de la femme, chez les vierges comme chez les femmes mariées, chez les femmes infécondes comme chez celles qui ont eu beaucoup d'enfants et peut-être plus souvent chez les premières ».

Cette opinion était admise par la majorité des gynécologues et des accoucheurs, lorsqu'en 1878, Güsserow, dans son important travail, se trouvant en présence de 959 cas de fibromes, montra que sur ces 959 cas, il s'agissait 672 fois de femmes mariées et 287 fois de femmes non mariées ; pas conséquent, que la stérilité n'avait pas d'influence sur le développement des fibromes.

D'autres auteurs ont repris l'idée de Bayle et ont essayé de la démontrer.

Th. Emmet, en 1879, publie « *La Pratique des Maladies des Femmes* », où il consacre un long chapitre à l'étiologie des fibroïdes et des tumeurs fibreuses. Il donne les résultats de ses observations dans un de ses tableaux où l'on trouve les chiffres suivants :

Chez 239 femmes atteintes de fibromes, il y avait :

47 femmes non mariées, soit.....	19,66 %
78 femmes mariées, mais stériles..	32,63 %
114 femmes fécondes	47,09 %

« On voit, dit Emmet, que le fait important qui ressort de ce tableau, c'est l'influence capitale que le mariage et la grossesse semblent avoir sur ces tumeurs. »

Puis ce fut Wütbourg, qui s'attaqua au dogme de Güsserow en 1894-1896, et Hofmeier en 1900, dans un travail qu'ils vont lire au Congrès international de médecine, tenu à Paris cette même année. Ils formulèrent ainsi leur conclusion : « L'absence de grossesse favorise l'éclosion du myome ».

Dans une communication à la Société d'obstétrique de Paris, Treub, d'Amsterdam, n'a pas hésité à conclure que « le manque ou la cessation précoce de tout le processus de la reproduction favorise la production des fibromes et en est même le processus le plus important ».

Le Professeur Pinard, d'après une statistique recueillie de 1883 à 1905, dans son service, établit le bien fondé de la théorie de Bayle et conclut : « J'ai depuis longtemps la conviction absolue que l'inobservation de la fonction complète de reproduction est la cause qui favorise le plus l'éclosion et le développement des fibromes de l'utérus et je professe que la fertilisation tardive et la stérilité secondaire sont facteurs étiologiques des fibromyomes utérins ».

Le Professeur Pinard et Ycard publient des statistiques à l'appui de leurs idées et arrivent aux conclusions suivantes : « Les fibromyomes utérins se rencontrent fréquemment chez les femmes stériles, vierges ou non, et chez les primipares âgées, moins fréquemment chez les multipares. Ils s'observent surtout

chez les primipares ayant 30 ans et plus et sont chez elles la conséquence de la stérilité primaire. *La fertilisation précoce (avant 35 ans), suivie de fertilisation à intervalles rapprochés (5 ans au plus), la gestation évoluant jusqu'à terme ; la fonction de reproduction complète paraît constituer la meilleure prophylaxie, la véritable sauvegarde de l'éclosion et du développement des fibromes de l'utérus.* »

Notre Maître, M. le Docteur Goullioud, a absolument les mêmes idées et il a coutume de dire: « Quand l'utérus ne fait pas des enfants, et que l'ovaire est sain, il fait volontiers des fibromes ».

Pourtant, dans une thèse récente de *Bordeaux*, 1921, basée sur 84 observations, Lucien Baudet exprime des idées contraires, mais qui ne paraissent pas assez solidement établies pour faire abandonner les idées exposées précédemment.

Dans les observations que nous publions, 14 femmes n'ont pas eu d'enfant ; l'une en a eu deux (Obs. IV) ; trois autres en ont eu un (Obs. II, XIV, XVII), ce qui n'a pas empêché pour ces dernières la récurrence de leur fibrome. Mais pour apprécier le rôle de la *stérilité*, il faut, dit M. Goullioud, une étude très attentive de nos observations : Les femmes qui se marient à 30 ans ont déjà des fibromes constatés ou non ; les femmes qui cessent d'avoir des enfants à 30 ans ou celles qui sont veuves de bonne heure, ont tout le temps de faire des fibromes avant la ménopause.

c) LA SÉCRÉTION OVARIENNE SUFFISANTE.

Il est en effet logique de l'admettre, puisque la ménopause, naturelle ou provoquée par la Roetgen ou la Curiethérapie, amène la régression des fibromes.

D'autre part, dans une thèse récente de 1923, M. Moulonguet soutient dans le dernier chapitre : « *Essai de physiopathologie de l'ovaire* », que les variations de la glande ovarique pourraient être la cause de certaines altérations structurales de l'utérus comme le fibromyome et l'hyperplasie muqueuse.

Il a constaté, en effet, que le fibrome utérin coexiste dans plus de la moitié des cas avec une glande ovarique très active.

Sous ces influences diverses, si la femme myomectomisée a encore un certain nombre d'années avant la ménopause, les noyaux fibreux contenus dans son utérus peuvent à nouveau évoluer, se manifester par des symptômes, fonctionnels ou physiques, et nous assistons à *la récédive*.

Nous allons maintenant étudier l'anatomie pathologique de ces récédives, leurs symptômes, leur fréquence et les indications thérapeutiques qu'elles posent.

III. — Anatomie pathologique.

Les pièces enlevées par hystérectomie le plus souvent totale, après récédive, ont un poids variant de 900 grammes (*Obs. I*) à 2 kilos 200 (*Obs. V*). Elles sont donc relativement peu volumineuses.

Toutes sont constituées par des utérus contenant des noyaux fibromateux disséminés irrégulièrement dans leurs parois. Les myomes enlevés lors de la première opération n'ont généralement pas récidivé au niveau des cicatrices de la myomectomie. Ils se sont développés surtout aux dépens des faces latérales (*Obs. IV*). Dans ce cas, on avait énucléé un myome de la face antérieure et un de la face postérieure pesant au total 212 grammes. La pièce enlevée par hystérectomie totale pèse 1 kilo 200. De petits noyaux de la paroi latérale gauche font saillie dans la cavité utérine expliquant ainsi les métrorragies.

Il en est de même dans l'*Obs. V*. Par énucléation, on avait enlevé un myome de la face antérieure et un de la face postérieure du poids total de 350 grammes.

L'utérus enlevé pèse 2 kilos 200. Il a une consistance demi-dure et paraît très vasculaire. La cavité utérine très augmentée de longueur mesure 18 centimètres.

Dans l'*Obs. VI*, la pièce pèse 1 kilo. L'utérus lui-même est petit et présente sur son bord antérieur un fibrome du volume d'un œuf. Mais il y a sur sa face postérieure un gros fibrome pédiculé du volume d'une tête fœtale.

Deux fois, on trouve des lésions annexielles concomitantes (*Obs. IV*), annexes gauches saines, annexes droites : le pavillon adhère à l'utérus (*Obs. III*) : l'ovaire droit est *sain*, l'ovaire gauche est polykystique. L'un des kystes atteint le volume d'une orange.

Dans l'*Obs. IX*, l'utérus est farci d'innombrables petits fibromyomes de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Il y a aussi quelques noyaux plus gros. Lors de la première intervention, on avait énucléé trois myomes sous-séreux.

Dans son observation, Schickelé signale que la pièce qu'il présente renferme un grand nombre de fibromes. L'utérus a le volume d'un utérus gravide de 7 mois. On avait enlevé à sa malade 6 fibromes de la grosseur d'une noix 15 ans auparavant.

Dans le cas de Le Fort (*Obs. XI*), le corps utérin est un peu gros, mou, mais peu modifié.

Tout le reste forme une masse très compacte qui est le col utérin fibromateux. Seul, un petit pertuis représente l'orifice cervical du col utérin. Dans la première opération, on avait enlevé trois petits fibromes et un gros du volume d'une tête fœtale.

Dans l'*Obs. XVI*, où seulement un fibrome pédiculé enclavé dans le Douglas, avait été enlevé au moment de la myomectomie, on trouve lors de l'hystérectomie un gros utérus fibromateux à noyaux multiples et un petit polype intra-utérin.

Dans l'*Obs. VIII*, le Docteur Villard trouve un fibrome à noyaux multiples ayant récidivé dans la paroi abdominale. La malade avait été opérée par le Pro-

fesseur Jaboulay 11 ans auparavant et celui-ci avait enlevé 9 noyaux fibromateux, ayant eu d'ailleurs un peu la main forcée par des adhérences épiploïques et péritonéales, rendant l'hystérectomie impossible.

Ce cas qui n'était pas favorable à la myomectomie, à cause des nombreux noyaux fibromateux, n'a cependant récidivé que lentement bien que la malade n'ait pas eu de grossesse.

IV. — Symptomes.

Par quels symptômes se manifestent ces récidives ? Quatre fois les malades sont revenues parce qu'elles avaient à nouveau des ménorragies (Obs. IV, VI, XII, XIII, XVI), ou des métrorragies (Obs. I, II, XIV, XV), dès l'apparition de celles-ci. Mais rarement ces hémorragies ont été abondantes au point d'anémier les malades, sauf dans l'Obs. IV, où la malade était un peu pâlie par ses pertes.

Une malade est revenue parce qu'elle avait des douleurs lombaires et une sensation de pesanteur dans le bas-ventre (Obs. III).

La malade du Docteur Keiffer avait des douleurs pendant la défécation et de la constipation.

La malade du Docteur Le Fort avait surtout une gêne de la miction, occasionnée par sa récidive au niveau du col utérin (Obs. XI).

Une autre (Obs. V) est revenue surtout à cause d'une éventration de sa ligne de suture, ce qui était une cause de gêne et de douleur.

La cause de la seconde opération fut donc presque toujours la récurrence des fibromes. Dans un cas seulement, ce fut le fait surajouté de sentir des lésions annexielles gauches : kyste de la grosseur d'une grosse orange (Obs. III).

Cependant, le chirurgien américain, W.-J. Mayo, de Rochester, dont la statistique porte sur 504 cas, dit : « La cause de la seconde opération ne fut pas toujours une récurrence de myomes. Quoi qu'il ait été difficile d'obtenir des données pathologiques certaines dans plus de la moitié des cas, on peut dire que la majorité de celles-ci consistèrent en lésions inflammatoires et qu'en aucun cas on ne trouve de lésion maligne. Dans l'autre moitié des cas, la réapparition du myome nécessite l'opération ».

V. — Fréquence.

Il est assez difficile de donner un chiffre exact de la fréquence des récurrences après la myomectomie, car les malades guéries, rentrées chez elles, ne reviennent que si elles présentent de nouveaux symptômes qui les inquiètent.

Martin, de Berlin, en 1890, n'avait eu l'occasion de constater que 2 récurrences dans ses cas personnels ;

en 1893, au Congrès de gynécologie, de Breslau, il n'en mentionne que 4 exemples sur 141 myomectomies.

En 1891, Doléris et Chevrier n'en relevèrent que 2 cas sur les statistiques connues.

En 1893, Queyrel en rapporte un exemple bien manifeste.

En 1894, Etheridge en signale un fait.

En 1899, Longuet, sur 192 énucléations rassemblées dans les différents auteurs récents, n'en relève que 2 cas.

En 1899, Engström Otto, d'Helsingfors, présente au Congrès d'Amsterdam, une statistique de 180 cas, réunissant tous ses cas depuis 1892. Toutes ses opérées ont été revues plusieurs années après l'opération ; il a bien observé quelquefois une repullulation de la tumeur, mais jamais au point d'être forcé à intervenir une deuxième fois. Jamais sur 180 malades, il n'a observé de dégénérescence maligne consécutive.

Baldy rapporte que Kelly Howard, de Baltimore, a fait de 1892 à 1899, 97 énucléations abdominales avec seulement 2 récidives. Il a enlevé une fois 17 noyaux chez la même malade.

En 1900, Zwibel, dans sa thèse, sur un nombre de 563 cas colligés par lui et guéris, ne compte que 4 récidives, et Ferendinos, sur 290 énucléations, 3 seulement.

Giles Arthur présente à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Londres en décembre 1922, les résultats de sa pratique depuis 1910. Au point de vue résultats éloignés, sur 88 opérées, Giles n'a noté la

reproduction des fibromes que dans 9 cas, soit 10 % des cas.

J. Mayo, de Rochester, a opéré, de 1891 à 1921, 909 cas de myomectomie. Il a pu retrouver les traces de 504 opérées. Il a eu 12 récurrences, soit 2,5 % des cas, qui ont nécessité des opérations secondaires. Plus de la moitié de ces interventions itératives furent pratiquées au moins 5 ans après la myomectomie. Dans un cas, l'intervalle fut de 13 ans.

M. le Docteur Témoin, de Bourges, écrit à M. Goullioud cette année : « Quant à mes observations personnelles, au nombre de 120, je n'ai observé ou plutôt je n'ai revu que 4 opérées avec récurrences, dont deux avaient eu l'une deux grossesses normales, l'autre une. Je les ai opérées toutes les deux en raison du volume croissant du fibrome et du retour des hémorragies ».

En 1913, notre Maître, M. Goullioud, fait publier dans la thèse de son élève Benoît-Gonin, ses résultats. Celui-ci trouve 5 cas de récurrence sur 74 opérées, ce qui fait 6,7 %.

En 1922, Achard, dans sa thèse, apporte une statistique de 118 cas et trouve 8 récurrences, soit 6,77 %.

Nous nous bornerons à cette statistique à laquelle nous ajouterons deux cas de récurrences vraies, ce qui porte le nombre des récurrences à 10 sur 120 myomectomies, soit 8,33 %.

M. Goullioud a opéré depuis 37 autres cas, mais nous n'en tiendrons pas compte dans notre statistique, car ceux-ci sont trop récents et il manque le recul du temps pour juger des récurrences qui pourraient se produire.

On voit donc que ces récidives sont relativement rares. Cette fréquence est d'ailleurs en rapport avec :

- a) l'âge,
- b) le choix des cas variable selon les opérateurs,
- c) la longueur du temps d'observation.

a) ÂGE. — Les femmes opérées jeunes, de 25 à 35 ans, ont, en général, comme nous l'avons vu dans le chapitre sur l'évolution des fibromes, plus de chance de voir se produire une récidive que celles que l'on opère plus tardivement.

b) CHOIX DES CAS. — M. Goullioud a précisé ce choix dans une communication faite à la Société de chirurgie de Lyon. (*Thèse d'Achard*, p. 75.) Nous les résumerons brièvement ici :

Plus le fibrome se rapproche de l'unité, plus il y a de chance de guérison. (Obs. XIII, récidive au bout de 11 ans ; Obs. VI, au bout de 16 ans ; Obs. XIV, au bout de 22 ans.)

L'utérus, farci de fibromes, expose davantage à la récidive, souvent précoce. (Obs. I et II.)

Aussi, il ne faut pas faire de myomectomie dans les utérus *bourrés de fibromes interstitiels* ou *sous-péritonéaux*, dont l'énucléation laisse, comme on l'a dit, une *loque utérine*. L'opération serait plus grave, la récidive précoce plus à craindre.

Dans le choix des cas pour myomectomie, il faut tout d'abord éviter les cas qui pourraient être dangereux par leur difficulté technique et dont nous n'avons

pas à nous occuper ici, et aussi les cas qui présenteraient des conditions trop favorables à la récurrence. Il est évident, par exemple, que dans les utérus bourrés de fibromes, on n'enlèvera pas tous les noyaux et que, par suite, la plupart de ceux-ci se remettront à évoluer quand l'action atrophiquante de l'involution utérine post-opératoire aura cessé.

C'est ainsi que le cas de Mme R... (Obs. IV), avait été dès le début considéré comme très défavorable. Cependant les masses enlevées étaient peu considérables puisqu'elles ne pesaient que 212 grammes.

Dans le cas de Mme G... (Obs. V), la myomectomie avait été indiquée par la promesse presque absolue, faite à une jeune femme de 28 ans, n'ayant eu qu'un accouchement prématuré, de lui conserver la possibilité d'avoir d'autres enfants. De nombreux petits noyaux kystiques jaunâtres avaient été laissés et considérés comme amorce probable de récurrence, puisque l'on avait écrit dans l'observation : « Peu importe une récurrence tardive ».

Donc, les utérus bourrés de fibromes même si ceux-ci sont peu importants sont peu favorables à la myomectomie, que l'on ne fera que si l'on a des indications sociales bien impératives.

En général, l'énucléation de noyaux fibreux ne sera indiquée que chez des femmes jeunes, *au-dessous de 40 ans* (Docteur Goullioud).

Tel est l'avis de Mayo et de Giles, qui alignent l'un et l'autre des statistiques imposantes d'opérations pour fibromes.

Pour Mayo, l'hystérectomie est rarement nécessaire pour myome bénin au-dessous de 35 ans et exige d'excellentes raisons chez une femme au-dessous de trente ans.

Giles recule l'âge auquel on doit abandonner la myomectomie pour l'hystérectomie : il pense qu'au-dessous de 40 ans, l'opération conservatrice est l'opération de choix, mais qu'elle s'impose moins souvent chez les célibataires au-dessus de 30 ans. Dans sa pratique, il compte 56,6 % de myomectomies au-dessous de 30 ans, et encore 5,5 % de 40 à 50 ans.

Ces chiffres nous semblent donner un pourcentage bien élevé d'opérations conservatrices et il est certain que ces auteurs étendent beaucoup plus loin que la majorité des chirurgiens français, le Professeur Tuffier excepté, les indications de la myomectomie.

La plupart des chirurgiens lyonnais pratiquent assez rarement la myomectomie pour fibromes.

Dans une discussion sur le traitement des fibromes utérins, à la *Société de Chirurgie de Lyon*, dans sa séance du 13 décembre 1923, MM. les Professeurs Villard, Bérard, Tixier, MM. les Docteurs Cotte et Goullioud, font ressortir les avantages de la myomectomie. « *L'intervention chirurgicale est rationnelle, intelligente, adaptée aux lésions, correctrice des erreurs de diagnostic et peut-être conservatrice des fonctions de reproduction. Sa mortalité est extrêmement faible.* » (Professeur Villard.)

M. le Professeur Bérard s'exprime ainsi : « *Comme M. Villard, j'estime que toutes les fois que l'on peut sauvegarder l'organe et la fonction chez les femmes*

encore susceptibles d'avoir des enfants, le traitement chirurgical conserve tous ses droits, la myomectomie a fait ses preuves et on lui doit actuellement trop d'enfants, conçus après cette intervention, pour qu'on en discute la valeur. »

M. le Docteur Cotte présente une statistique de 121 cas de fibromes, pour lesquels il n'a fait que 4 myomectomies et dit : « Si dans cette série de 129 fibromes, je n'ai fait que 4 myomectomies, c'est que je n'ai pas trouvé d'indications plus fréquentes à cette excellente opération. Ou bien, en effet, il s'agissait de malades ayant un myome unique, mais elles avaient dépassé la quarantaine ; ou bien, c'étaient des malades encore jeunes, mais l'état anatomique de leur fibrome ou des annexes ne permettait pas la conservation : cela ne veut pas dire que j'ignore les avantages de la myomectomie et j'espère que, dans ma prochaine série de fibromes, j'aurai l'occasion de la faire plus souvent ».

Notre Maître, M. le Docteur Goullioud trouve des indications plus fréquentes. Ainsi, d'après la statistique établie par son élève Benoît-Gonin, en 1923, il avait pratiqué la myomectomie dans 11 % des cas de fibromes. Depuis 1918, date correspondant à la fin de la guerre, qui a créé des conditions spéciales, M. Goullioud pousse plus loin ses indications conservatrices, faisant entrer dans sa décision, pour une bonne part, le désir de la malade elle-même.

C'est ainsi que le chirurgien doit faire tout son possible pour garder la possibilité d'être mères à des célibataires jeunes, à des fiancées, à des femmes jeu-

nes et stériles, chez lesquelles le fibrome peut être la cause de la stérilité. Chez de telles malades, on poussera plus loin la tentative de conservation que chez des femmes de 30 ans ou plus, ayant eu déjà plusieurs enfants. C'est là une affaire de mesure et d'appréciation. (Docteur Labey.)

M. le Professeur Villard est aussi un partisan convaincu de la myomectomie abdominale, mais il est plus réservé dans le choix des cas : Il ne pratique celle-ci que chez des femmes jeunes n'ayant pas dépassé 35 ans, désirant avoir des enfants, et seulement dans les cas où le nombre des myomes n'excède pas trois ou quatre.

c) LA LONGUEUR DU TEMPS D'OBSERVATION. — Les récidives demandant un certain temps pour se produire, il faut par conséquent suivre ses opérées ; plus on les observera longtemps, plus on trouvera de récidives. C'est pourquoi nous trouvons plus de cas de récidives que les premiers partisans de la myomectomie (Martin, Doléris, Queyrel...).

Achard aussi, dans sa thèse en 1922, trouvait moins de cas que nous, car il n'avait tenu compte que des malades observées pendant dix ans.

VI. — Temps nécessaire à la récurrence.

Ce temps varie selon les cas de 20 mois (Obs. I) à 22 ans (Obs. XIV).

Il est fonction de l'âge des malades et aussi de la nature des lésions trouvées au moment de la myomectomie. Plus on laissera de noyaux fibreux dans l'utérus, plus le temps entre la première opération et le moment où on sera obligé de réintervenir pour de nouveaux symptômes sera court.

Nous classerons nos observations en trois groupes :

1° Récurrences *rapides* (de 1 à 5 ans), 5 cas (Obs. I, II, IX, XI, XV).

2° Récurrences *lentes* (de 5 à 15 ans), 9 cas (Obs. III, IV, V, VII, VIII, X, XII, XIII, XVI).

3° Récurrences *très lentes* (plus de 15 ans), 2 cas (Obs. VI et XIV).

1° Dans le premier groupe, les récurrences se sont produites au bout de 20 mois (Obs. I) ; 3 ans et 4 mois (Obs. II) ; 4 ans (Obs. IX) ; 5 ans (Obs. XI). Elles sont imputables à des cas défavorables : noyaux interstitiels multiples.

Cependant, toutes ces opérées ont vu après la myomectomie leurs pertes disparaître et leurs règles redevenir normales pendant plusieurs années. L'une

d'elles (Obs. II) a même pu avoir une grossesse normale et un enfant vivant.

2° Dans le second groupe, de beaucoup le plus nombreux, nous avons 9 cas de guérison ayant persisté respectivement pendant : 5 ans $\frac{1}{2}$ (Obs. VII) ; 7 ans (Obs. III) ; 8 ans et 7 mois (Obs. IV) ; 8 ans et 5 mois (Obs. V) ; 2 fois 11 ans (Obs. VIII et XIII) ; 2 fois 13 ans (Obs. XII et XVI) ; 15 ans (Obs. X).

L'évolution de la fibromatose utérine a donc été plus lente. Elle a permis à une malade (Obs. IV) d'avoir deux enfants, l'un 2 ans, l'autre 8 ans après l'opération. Aussi cette femme heureuse de sa double maternité n'a pas tenu rigueur à son chirurgien de l'avoir exposée à une seconde opération.

3° Dans ce dernier groupe, nous avons trois cas de guérison pendant 16 ans 2 mois (Obs. V), 22 ans (Obs. XIV), ce qui a permis à cette dernière d'avoir un enfant 6 ans après la myomectomie, et 19 ans, cas de M. le Professeur Villard (Obs. XVII). Cette opérée a eu un enfant 2 ans après sa première opération.

Nous concluerons donc : Il est rare d'observer une récurrence rapide. Le plus souvent on assiste à une évolution lente des fibromes demandant un temps moyen de 10 ans.

La moyenne arithmétique de nos observations est de 9,94.

Si l'on fait le pourcentage, on trouve sur 16 cas :

Récidives rapides : 5, soit.....	31 %
Récidives lentes : 9, soit.....	56 %
Récidives très lentes : 2, soit.....	13 %

Dans ce tableau, nous ne tiendrons pas compte des récidives malignes, pour myomectomie après myome malin, que nous traiterons dans un chapitre spécial.

VII. — Indications thérapeutiques.

Elles sont tirées des symptômes fonctionnels présentés par la malade, des signes physiques, de l'âge.

Autrefois, jusqu'en 1922, nous pratiquions une hystérectomie totale (Obs. I, II, III, IV), ou subtotale (Obs. V et VI).

Sur ce nombre, nous n'avons à déplorer qu'un cas de mort par septicémie, le septième jour (Obs. VI).

Le Docteur Villard a pratiqué une fois l'hystérectomie totale (Obs. VII) ; le Docteur Lefort aussi une fois (Obs. XI) ; deux autres fois, l'hystérectomie a été pratiqué sans indiquer si elle a été totale ou non par le Docteur Témoin (Obs. VII) ; le Docteur Schickelé (Obs. X) et le Docteur Michon (Obs. XVI).

Le Docteur Keiffer a fait une hystérectomie subtotale (Obs. IX).

Aujourd'hui, depuis 1922, c'est le plus souvent une application de radium pendant 24 ou 48 heures moins dangereuse et aussi efficace (Obs. XII, XIII, XIV, XV) chez des femmes ayant des hémorragies et arrivant à la ménopause.

On produit ainsi une ménopause anticipée qui amène l'arrêt des accidents hémorragiques et suffit presque toujours à la guérison.

Nous résumerons nos observations dans un tableau récapitulatif, selon les différents traitements en plaçant nos observations au début.

Voir aux pages 38 et 39 le tableau récapitulatif.

Noms et âges	Myomectomie	Symptomes	Fibromes énucléés	Evoluti
Obs. I : M ^{le} B... Jeanne, 39 a. (D ^r Goullioud)	5 mars 1901	métrorragies	1 fibrome facé antre 450 g. nombr. petits myomes intrapariétaux laissés	améliora 18 mois
Obs. II : M ^{me} B..., 30 ans (D ^r Témoin)	janvier 1907	métrorragies	3 fibromes interstitiels 1 médian (vol. : œuf) 2 latéraux vol. : noix)	1 gross. r en 1908 enfant vi
Obs. III : M ^{lle} V..., 36 ans (D ^r Goullioud)	10 février 1904	tumeur et douleurs abdominales	3 fibromes sous-péito- néaux pédiculés. poids : 2 230 gr.	résultat fait, régl normales
Obs. IV : M ^{me} R.. M.-L., 27 ans (D ^r Goullioud)	21 sept. 1904	ménorragies et douleurs abdominales	1 myome face antérieure 1 de la face postérieure poids total ; 212 gr.	règles no 1 enf. en 1 enf. en
Obs. V : M ^{me} G..., 28 ans (D ^r Goullioud)	3 déc. 1905	tumeur	1 myome face antérieure fibro caséeux (noix) 1 de la face postérieure 350gr. Il reste de la graine	bien régl pendant
Obs. VI : Sr P..., 32 ans (D ^r Goullioud)	7 juin 1905	tumeur	1 myome paroi anté- rieure, poids : 700 gr.	règles no pendant 15
Obs. VII : M ^{lle} L... J., 32 ans D ^{rs} Goullioud, Témoin	18 juin 1913	tumeur	5 fibromes pédiculés de la grosseur : 2 pois ; 2 noix ; 1 orange	règles fai pendant
Obs. VIII : Femme de 35 ans (D ^r Villard)	en 1891		fibromes interstitiels	
Obs. IX : Jeune fille de 24 ans (D ^r Keiffer)	en 1919	constipation et douleurs	4 fibromes sous-péri- tonéaux	règles no pendant
Obs. X : Femme de 30 ans (D ^r Schickelé)	en 1909		6 fibromes interstitiels de la grosseur d'une noix	
Obs. XI : M ^{me} D..., 34 ans (D ^r Le Fort)	en 1918		3 petits fibromes, 1 gros comme une tête d'enfant	guérison dant 4 a
Obs. XII : M ^{me} A... de Q..., 36 a (D ^r Goullioud)	5 juin 1907	ménorragies	grosse masse fibroma- teuse, poids : 1 kg.	règles no
Obs. XIII : Sr R..., 37 ans (D ^r Goullioud)	21 janvier 1911	métrorragies	1 myome de la paroi antérieure, p. : 200 gr.	Règles no pendant 11
Obs. XIV : M ^{me} F..., 27 ans (D ^r Goullioud)	23 mars 1901	tumeur	volumineux fibrome du fond, poids ; 2 kg. 500	règles no 1 enfant
Obs. XV : M ^{lle} B... Anne, 35 ans (D ^r Goullioud)	avril 1919		chapelet de fibromes et ovariotomie gauche	règles no pendant
Obs. XVI : Femme D..., 49 ans (D ^r Michon)	22 nov. 1911		1 fibrome pédiculé	
Obs. XVII : M ^{me} L ... 24 ans (D ^r Villard)	1899			1 enfant 2 après

de la ération	Symptômes	Intervention	Description des lésions trouvées	T. écoulé entre les 2 opérations
v. 1903	métrorragies	hystérectomie totale	utérus fibromateux, poids : 900 gr.	20 mois
1910	métrorragies	hystérectomie totale	gros utérus fibromateux	3 ans 4 mois
rs 1911	douleurs	hystérectomie totale	utérus fibromateux, ovaire g. polykystique, ovaire droit sain	7 ans 1 mois
il 1923	ménorragies	hystérectomie totale	utérus fibromateux, poids : 1 kg 2000	8 ans 7 mois
il 1914	Tumeur et éventration	hystérectomie subtotale	utérus fibromateux déve- loppé aux dépens des pa- rois latérales, p. : 2 kg. 200	8 ans 5 mois
t 1921	ménorragies	hystérectomie subtotale, décès	gros fibrome pédiculé de la face postérieure, 1 petit face antérieure	16 ans 2 mois
v. 1920	hémorragies et douleurs	hystérectomie	1 fibrome de la corne uté- rine droite, 2 ou 3 petits, volume noisette	5 ans 5 mois
v. 1903	tumeur	hystérectomie totale	fibrome pariétal, volume : tête fœtale	11 ans
		hystérectomie subtotale	utérus farci d'innomb. pe- tits fibromyomes, du vol. d'une tête d'ép. à un pois	4 ans
		hystérectomie	utérus fibromateux, volu- me d'une grossesse de 7 mois	15 ans
il 1923	gêne de la miction	hystérectomie totale	gros utérus fibromateux surtout au niveau du col utérin	5 ans
av. 1921	règles fortes	radium	utérus du volume d'une grossesse de 3 mois	13 ans 7 mois
av. 1922	ménorragies	radium	utérus du volume de 2 petits poings	11 ans
ob. 1922	métrorragies anémie	radium	utérus du volume d'une grossesse de 4 mois	22 ans
il 1924	métrorragies	radium	utérus du volume d'une grossesse de 3 mois	5 ans
ât 1924	métrorragies	hystérectomie subtotale	gros utérus à noyaux multiples	13 ans
1918	métrorragies	hystérectomie subtotale	volumineux fibrome à noyaux multiples	19 ans

De l'ensemble de ces observations, il ressort donc que la *possibilité d'une récédive quoique assez fréquente, ne nous semble pas devoir faire repousser la myomectomie*, et nous concluerons avec M. le Professeur Tixier, dans son rapport au Congrès de Chirurgie de Paris : *« La chirurgie conservatrice doit tendre de plus en plus par la pratique mieux réalisée de la myomectomie à sauver la femme de toute mutilation anatomique et fonctionnelle. Or, la myomectomie abdominale est seule capable de réaliser cet idéal thérapeutique : enlever la tumeur bénigne, conserver l'organe, respecter les fonctions physiologiques »*.

La myomectomie ne doit pas être réservée uniquement aux femmes jeunes sous prétexte de sauvegarder la possibilité de grossesse ultérieure : à ce point de vue, elle a fait ses preuves. Mais chez les femmes d'âge mûr, il ne faut pas hésiter à l'exécuter toutes les fois qu'elle ne paraît pas plus dangereuse que l'hystérectomie. Il est si important pour une femme de garder le plus longtemps possible une *vie physiologique normale*, laquelle est essentiellement conditionnée par la persistance de la fonction menstruelle. La sécrétion interne des ovaires ne suffit pas, il faut conserver l'utérus. La castration *utéro-ovarienne* est toujours un désastre pour la femme : pour le chirurgien, c'est une *défaite* ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Docteur GOULLIoud)

(Observation XIII de la thèse de BONIER, 1904)

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. Myomectomie à 39 ans et ligature de l'artère hypogastrique droite. Récidive et hystérectomie 20 mois plus tard.

Mlle Jeanne B..., 39 ans, célibataire, pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Elle entre à l'hôpital pour métrorragies et douleurs abdominales. Les pertes utérines viennent tous les quinze jours depuis une année et durent environ huit jours chaque fois. A noter de l'œdème des jambes les jours de fatigue et de la rétention d'urine.

Le toucher vaginal est rendu très difficile par la présence d'un hymen très résistant.

Le toucher rectal permet de constater un fibrome remontant presque à l'ombilic et un peu incliné à droite.

Etat cérébral particulier. Si donc elle éprouve des troubles nerveux après l'opération, celle-ci ne devra être rendue que très partiellement responsable. Il y aurait là une indication à la myomectomie.

Opération le 5 mars 1901. Après laparotomie, on tombe sur un utérus volumineux. M. Goullioud se décide à une myomectomie.

Incision médiane et verticale de huit centimètres de longueur sur la face antérieure de l'utérus. Un bon plan de cli-vage se présente et l'énucléation de la tumeur est relativement facile. Un bon capitonnage par des surjets au Repin avec aller et retour est fait sur la coque. On termine par un surjet d'enfouissement exclusivement sérieux.

L'utérus fibromateux possède une foule d'autres petits fibromes intrapariétaux qu'on ne peut enlever. Craignant une récurrence proche, émanée de ces fibromes naissants, on tente dans un but atrophique la ligature des hypogastriques. Mais seule l'hypogastrique droite est ligaturée, la gauche ne peut être abordée à cause de la présence de l'utérus augmenté de volume par la coque du fibrome.

L'abdomen est fermé sans drainage.

A part une légère poussée fébrile post-opératoire, les suites furent simples et la malade partit allant bien.

L'amélioration dura dix-huit mois, mais au mois de novembre 1903 les pertes réapparurent. L'utérus est de nouveau gros, remontant à deux doigts de l'ombilic ; il paraît fortement enclavé dans le bassin et procure des malaises à la malade, rendant justifiable une seconde intervention.

Le 23 novembre 1903, M. Goullioud procède à une hystérectomie totale suivant son procédé. On ne constate sur la pièce aucune trace de la première opération. Le poids de l'utérus fibromateux est de 900 grammes. Le fibrome de la première observation pesait 450 grammes. A noter que dans ce cas la ligature de l'hypogastrique n'avait donné aucun résultat atrophique sur le développement des fibromes laissés en premier lieu. On a de bonnes nouvelles de la malade en décembre 1903.

OBSERVATION II

(Docteur TÉMOIN)

(Observation V in thèse Benoît GONIN, 1913)

Myomectomie en 1907, ablation de trois fibromes interstitiels. Récurrence trois ans après. Hystérectomie totale.

Mme B., de Bourges, trente ans, a eu deux enfants, le dernier en 1902. En 1906, pertes abondantes ; hémorragie presque constante depuis quatre ou cinq mois.

A l'examen : utérus gros, bosselé, fibromateux.

Opération en janvier 1907. L'utérus porte trois fibromes interstitiels : un médian gros comme un œuf de poule, deux latéraux de la grosseur d'une noix. Enucléation de chacun d'eux. Suites favorables. A eu un enfant en novembre 1908 : grossesse normale, mais a souffert beaucoup les trois derniers mois. Accouchement normal.

En mai 1910, nouvelles pertes ; l'utérus est de nouveau très volumineux ; nouvelle intervention. *Hystérectomie totale* en raison de la récidive fibromateuse.

OBSERVATION III

(Docteur GOULLIoud)

(Observation XXXVII de la thèse d'ACHARD)

Myomectomie. Récidive des fibromes utérins. Kyste de l'ovaire gauche. Hystérectomie totale. Guérison.

Mlle V..., 36 ans, vient à l'hôpital Saint-Joseph pour tumeur abdominale.

Réglée à 15 ans toujours régulièrement. A eu la variole à 17 ans. Depuis cinq ou six ans elle éprouvait des douleurs dans le bas-ventre. Les règles sont régulières et de durée normale. Elle s'est aperçue seulement depuis quatre mois de cette tumeur. Elle est surtout gênée pour travailler, se baisser et aller à la selle (constipation opiniâtre).

Au palper on constate que cette tumeur dure, lisse, mobile, remonté à gauche, jusqu'au niveau de l'ombilic, et un peu plus haut à droite.

Poumons et cœur normaux.

Urine : ni sucre ni albumine.

10 février 1904. Opération. Anesthésie générale au Billroth (70 gr.), sans incident. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur une volumineuse tumeur fibreuse à développement sous-péritonéal, rattachée au corps utérin par un pédicule relativement mince. Elle est accompagnée de deux autres petits fibromes également pédiculés. On décide une myomectomie.

Le gros fibrome est sectionné franchement à sa base d'implantation sans pince. Le sang s'échappe en nappe. On fait la compression entre les doigts, et des ligatures en U avec du fort catgut. Péritonisation de la tranche avec un surjet au catgut chromique.

Les deux autres fibromes sont opérés de même. On place une mèche iodoformée dans le petit bassin. Suture à trois plans de la paroi.

La masse totale enlevée pesait 2 kg 230 gr.

Suites simples. La malade part quinze jours après, guérie.
7 janvier 1905. *Bonnes nouvelles.*

25 mai 1908. Cicatrice merveilleuse. L'emplacement de la mèche n'a laissé qu'une dépression insignifiante.

Menstruation parfaite, normale en durée et en quantité. Au toucher rectal, utérus nullement augmenté de volume. Donc guérison parfaite à ce moment.

A été opérée à Paris, en décembre 1907, pour une tumeur du sein. Ablation simple de la tumeur. N'a rien au sein droit.

6 mars 1911 : Depuis trois mois, la malade avait des douleurs lombaires et de la diarrhée. Celle-ci a disparu depuis quelque temps. Bon état général.

Les règles sont très régulières, pas exagérées, de durée normale, de sorte que subjectivement le résultat satisfaisant persiste.

Examen : Utérus un peu augmenté de volume, remontant à deux ou trois travers de doigts au-dessus du pubis, en bonne position et mobile. — En prolongeant l'examen l'utérus paraît moins gros que tout d'abord. Par contre, on constate en dehors de l'utérus, à gauche, une tuméfaction du volume d'une orange, donnant l'impression de quelque chose d'ovarien, à droite moins accentuée.

25 mars 1911 : Evidemment, au palper abdominal on a l'impression de quelque chose d'un peu complexe.

1° Ce qui frappe est une tuméfaction gauche assez considérable qui se prolonge presque jusqu'à la ligne ombilicale et assez loin dans la direction de l'hypochondre gauche sur une ligne verticale passant à peu près par l'épine iliaque antéro-supérieure. On a l'impression d'une tuméfaction un peu fixe, moins dure qu'un fibrome, probablement ovarienne.

2° En avant, sur la ligne médiane, induration plus superficielle et dure, comme serait un petit fibrome de la paroi antérieure, un peu fixé également. Le toucher rectal permet de constater que les mouvements sont transmis à ce qui représente le col utérin. L'utérus, si c'est bien lui qui occupe la ligne médiane, remonte à deux doigts de l'ombilic.

Du côté droit, on ne sent pas de masse distincte, mais simplement un relief sur le bord de l'utérus. Pas d'ascite; embompiment conservé. Excellente ligne de suture.

Langue un peu saburrale. Tendance à la diarrhée.

Poumons : quelques sibilances.

Cœur : bruits normaux. Pouls à 92 régulier.

30 mars 1911 : Intervention, Docteur Goullioud.

Anesthésie générale à l'éther, sans incident.

Laparotomie médiane sur l'ancienne ligne de suture. On se trouve en présence d'un gros utérus fibromateux, avec un kyste développé aux dépens de l'ovaire gauche. Le tout est adhérent par des brides filamenteuses aux anses intestinales. On dégage les adhérences de la face antérieure du fibrome. On fait un premier pédicule sur les utéro-ovariennes droites et sur le ligament rond du même côté. Cela permet de voir la face postérieure du fibrome, et de libérer les adhérences de l'S iliaque avec cette face. Pédicule sur les utéro-ovariennes gauches et le ligament rond. Ligature des utérines des deux côtés. Application de la pince de M. Goullioud sur le vagin. Section au thermo de la lèvre antérieure, au bistouri, de la lèvre postérieure.

Pédicules sur les vaginales. Tampon dans le vagin, deux mèches iodoformées. Péritonisation filtrante. Suture à trois plans.

Examen de la pièce : Utérus fibromateux, volumineux. Cathétérisme, 13 cm. 5. Ses parois sont bourrées de fibromes interstitiels et sur une coupe longitudinale on voit une huitaine de noyaux, allant de la grosseur d'une pomme de terre nouvelle à celle d'une orange. La cavité utérine est peu agrandie. Aucun fibrome ne fait saillie vers cette cavité, ce qui explique que la malade avait des règles peu fortes, normales. La plupart sont sous-péritonéaux.

A droite, l'ovaire est sain, mais présente des brides filamenteuses, avec un kyste entre les adhérences du volume d'une noisette.

A gauche, ovaire polykystique avec un kyste de la grosseur d'une très grosse orange.

1^{er} avril 1911 : Température, 39°6. Elle a un pouls à 128 régulier. Elle a été purgée le matin. A fait quelques gaz.

Bonne expansion abdominale. Pas de phénomènes péritonéaux. La température tombe en lysis, et le 7 avril, tout est rentré dans l'ordre, et la température est normale à 37°.

La malade quitte le service le 19 avril complètement guérie.

6 juin 1913 : Va bien.

Janvier 1914 : Bonnes nouvelles par lettre.

OBSERVATION IV

(Docteur GOULLIoud)

(Observation XVII de la thèse de Benoît GONIN.

Observation XV de la thèse d'ACHARD)

Myomectomie. Deux grossesses ultérieures. Hystérectomie totale pour récurrence 8 ans et 7 mois après.

Mme R... Marie-Louise, 27 ans, ouvrière en soie, rentre le 12 septembre 1904 à l'hôpital Saint-Joseph.

Réglée à 14 ans ; règles douloureuses et abondantes, mais régulières. Mariée à 22 ans. Une fausse-couche de six mois et demi à 25 ans. Les symptômes d'un fibrome utérin apparaissent ensuite : douleurs abdominales peu intenses, s'irradient dans les lombes et la face interne des cuisses, quelques troubles vésicaux. Les dernières règles ont été très abondantes et douloureuses.

Le palper abdominal combiné au toucher montre un col légèrement entr'ouvert, non ramolli, de consistance normale, déjeté à gauche ; le corps utérin est dur, gros comme un utérus gravide de trois mois et demi, fixé ; on ne sent pas de

fibrome isolé. Le toucher rectal indique de même un utérus fixé, globuleux, semblant enclavé dans le bassin ; on ne sent pas de lésions annexielles. Pas de fièvre.

21 septembre 1904 : Laparotomie médiane par le Docteur Goullioud. L'utérus apparaît gros, couvert de bosselures, complètement enclavé dans le bassin. Myomectomie difficile. Incision verticale sur la face intérieure qui permet l'énucléation d'un myome. Deuxième incision sur la face postérieure ; on fait saillir un noyau du volume d'une mandarine ; pendant l'incision faite de manière à circonscrire en outre un autre petit noyau superficiel, il s'écoule un liquide puriforme venant du tissu de la tumeur beaucoup plus molle que la précédente ; elle se laisse énucléer facilement. Capitonage des plaies utérines par deux plans de suture avec du catgut fort, suture séro-séreuse au chromique. On laisse une mèche de gaze iodoformée sur la face postérieure de l'utérus. Le poids des myomes enlevés est de 212 grammes. Celui de la face antérieure présente à la section un tissu rougeâtre comme de la viande à peine cuite. L'autre est rempli d'un liquide épais, verdâtre, puriforme, contenu dans les mailles d'un tissu fibreux se laissant facilement déchirer.

Les suites opératoires furent compliquées.

Le soir, température 38°2, pouls à 120, léger suintement au niveau de la plaie.

Le 24 septembre, on enlève la mèche abdominale ; il s'écoule une certaine quantité de sang.

28 septembre : La plaie va bien, la malade a bon aspect. Cependant la température reste élevée à 38° et au-dessus ; elle est mise sur le compte de la résorption intra-utérine.

4 octobre : Mictions fréquentes et douloureuses, urines purulentes, lavages boriqués quotidiens.

13 octobre : Il persiste sur la ligne de suture une petite plaie non cicatrisée, présentant un suintement purulent très léger.

16 octobre : La malade part avec une température atteignant 37°6 et 37°8 le soir.

10 janvier 1905 : Elimination par l'orifice de la mèche d'un morceau de catgut. L'utérus est en bonne position.

29 mai 1905 : L'élimination du fil chromique a duré six mois. Revient à la consultation. L'utérus, d'un volume tout à fait normal est en bonne position.

9 mars 1906 : La malade qui a repris des règles normales durant environ quatre jours, se présente avec un retard de huit jours. On pense à une grossesse possible.

30 avril 1906 : Vient à la consultation. La grossesse se développe normalement.

5 novembre 1906 : Bonne ligne de suture ; présentation du sommet qui plonge dans l'excavation.

19 novembre 1906 : Accouchement spontané sans incident.

14 novembre 1912 : Donc six ans après, Mme R., a eu un deuxième enfant avec accouchement normal.

Actuellement, les règles sont douloureuses et abondantes. On sent un utérus de forme irrégulière dont le fond remonte à trois ou quatre doigts au-dessus du pubis. Il semble qu'il y ait sur le côté droit un fibrome du volume d'une orange ; le fond fait saillie sous la paroi abdominale et l'on se demande s'il n'est pas fixé à ce niveau. On prescrit hydrastis canadensis et ergotine.

27 janvier 1913 : Vient à la consultation parce que ses règles, bien que régulières, sont trop abondantes. A l'examen on reconnaît la présence d'un fibrome remontant à trois doigts au-dessous de l'ombilic. La cicatrice n'a pas donné lieu à une éventration, mais il faut dire que le fibrome est plaqué contre la paroi abdominale à la partie inférieure de la ligne de suture, empêchant ainsi l'éventration au niveau de l'ancien point de drainage. Le fibrome est gros comme un fœtus de trois à quatre mois, développé surtout à gauche et sur la ligne médiane ; à droite, on sent également une petite masse. Les pertes, quoique considérables n'ont pas anémié la malade. On lui propose une hystérectomie.

18 avril 1913 : Intervention par le Docteur Goullioud. Excision de l'ancienne cicatrice et ouverture du péritoine ; on trouve l'anse sigmoïde fortement adhérente à l'utérus fibromateux ; la dissection de ces adhérences est pénible et difficile ; on déchire la tunique musculaire du gros intestin qu'on répare sur place avec des points au fil de lin ; finalement, un plan de clivage permet la séparation. On fait alors

une hystérectomie abdominale totale sans incident. Fermeture de la paroi avec trois plans de suture. Suites simples.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée, du poids de 1 kg 200 comprend l'utérus avec les tumeurs développées à ses dépens et les annexes. Cathétérisme de la cavité utérine: 11 cm. à l'hystéromètre. Vu extérieurement on constate que les néo-formations se sont développées aux dépens des parties latérales. Sur la face antérieure on voit une dépression linéaire qui correspond à l'incision faite lors de la première intervention pour le fibrome de la paroi antérieure. Sur la face postérieure on voit également la cicatrice de l'ancienne incision, mais avec, en plus, des résidus de fils chromiques employés pour les sutures, et qui apparaissent sous forme de petits points verdâtres symétriquement disposés. Du côté gauche, les annexes sont relativement saines et non adhérentes, quoique déviées par les tumeurs. Du côté droit, on constate une adhérence marquée et une déviation de la trompe et de l'ovaire, telle, que le pavillon est venu adhérer à l'utérus au voisinage de l'isthme. A la section de l'utérus, sur la face antérieure, on voit que la cavité utérine est très augmentée de volume et qu'à son intérieur vient faire saillie un noyau développé dans l'épaisseur de la paroi gauche; incisées on constate que ces néo-productions sont formées de masses assez régulièrement arrondies, très facilement énucléables, de consistance ferme, de couleur blanc rosée, montrant la disposition des faisceaux de fibres en tourbillons des myomes typiques. La plus volumineuse de ces masses est située sur le bord gauche de l'utérus. Sur le bord droit, on note également la présence de deux myomes, mais dont l'un est devenu sous-péritonéal, occupant l'épaisseur du ligament large.

Examens histologiques faits par le Docteur Faysse.

1° *Coupe au niveau de l'ancienne myomectomie* : Au niveau de la cicatrice on distingue des faisceaux musculaires abondants, entremêlés de quelques faisceaux de tissu conjonctif jeunes. A côté on retrouve le tissu musculaire normal.

2° *Coupe du fibrome* : Aspect de fibromyome typique.

3° *Coupe de l'ovaire droit* : Il s'agit d'un ovaire largement sclérosé.

27 février 1918. — Après son opération elle a eu un très mauvais moral pendant six mois. Son mari l'a trouvé plusieurs fois étendue à terre, sans qu'elle sût où elle se trouvait. Elle dit avoir « des frayeurs terribles, des étourdissements, être dans un triste état ». Actuellement elle souffre des reins, se plaint de vapeurs.

A l'examen on ne constate qu'une ptose du rein droit.

Elle reconnaît avoir toujours été très nerveuse. Cependant elle est très heureuse des deux fillettes qu'elle a eu entre ses deux opérations, après myomectomie.

OBSERVATION V

(Observation XXXIV de la thèse d'ACHARD complétée)

(Docteur GOULLIoud)

Myomectomie à 28 ans. Récidive des fibromes et éventration.

Hystérectomie subtotale 9 ans après.

Mme G..., 28 ans, lingère, vient à l'hôpital Saint-Joseph le 3 décembre 1905 pour tumeur abdominale.

Sa mère est morte à 30 ans de péritonite suraiguë. Son père est bien portant. Elle a un frère bien portant. Réglée à 12 ans régulièrement et normalement.

Mariée il y a un an, elle a eu un enfant au mois d'août 1905, au bout de 7 mois de grossesse. L'accouchement a été facile et l'enfant se porte bien.

Après cette couche, sur le conseil d'une sage-femme qui trouva une tuméfaction abdominale, la malade est allée consulter un médecin qui l'envoie à l'hôpital. Elle n'a jamais eu de troubles fonctionnels, ni de pertes rouges ou blanches, ni de douleurs.

Pas de troubles vésicaux. Un peu de constipation. Bon état général.

Au palper abdominal, on sent une masse dure, lisse, globuleuse, non douloureuse, s'élevant à trois travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne.

Au toucher vaginal, on sent un col en arrière, le cul-de-sac antérieur, très grand, est occupé par une masse dure ; le cul-de-sac de Douglas est libre.

Le toucher rectal permet de sentir, au-dessus du col, une masse dure, en connexion très nette avec la masse abdominale, mais qui n'est pas enclavée dans le Douglas.

Poumons et cœur normaux. Pouls à 75, régulier.

L'urine ne renferme ni sucre ni albumine.

M. Goullioud lui propose une laparotomie exploratrice, se réservant de faire, s'il y a lieu, après avoir vu les lésions, une hystérectomie.

8 décembre 1905. — Intervention (Docteur Goullioud).

Anesthésie générale à l'éther, sans incident.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On aperçoit l'utérus du volume d'une orange.

Incision du péritoine sur la face antérieure de la portion sus-isthmale. Enucléation d'un fibromyome ramolli, d'aspect fibrocaséux, du volume d'une noix.

Surjet au gros catgut ; deuxième surjet sur le péritoine, avec du catgut plus fin.

On renverse l'utérus en avant, de façon à voir sa face postérieure. Incision de 8 centimètres environ sur la ligne médiane. Le plan de clivage du myome se trouve assez facilement, sauf en haut, où on est presque obligé de le sculpter. Dans ce temps opératoire, on ouvre la cavité utérine. Suture immédiate avec un surjet de gros catgut.

La pièce enlevée et l'hémostase étant soigneusement faite, on fait un premier sujet de la coque du fibrome, puis un deuxième de la tranche de section utérine, et un troisième péritonéal.

Pendant toute la durée de l'opération, on désinfecte soigneusement les instruments qui ont servi au moment de l'ouverture de la cavité utérine.

Étalement de l'S iliaque dans le petit bassin. On laisse une mèche dans le Douglas.

Suture à un seul plan au moyen de six fils métalliques forts ; les lèvres de la plaie sont ensuite rapprochées au moyen de fil métallique plus fin. Pansement, bandage de corps.

Examen de la pièce. — Le plus gros myome a la grosseur d'un poing. Il pèse 350 gr. Il ne donne pas le cri du tissu fibreux à la coupe ; il est peu vasculaire.

La surface de section est rose, rougeâtre, semblable au tissu myomateux. Il s'agit d'un myome pur, sans tissu fibreux. Au-dessus, se trouve un petit fibrome, très superficiel, mais d'aspect particulier, gris blanchâtre, s'effritant facilement sous la pince.

Réflexions de M. Goullioud sur cette opération :

« Pendant cette opération, j'ai été très embarrassé.

« D'une part, en dehors du myome pur, les couches qui l'enveloppaient étaient mal distinctes ; il fallait les sculpter, et elles renfermaient de petites masses jaunâtres, à limites diffuses, que l'on peut considérer comme de la *graine de fibrome*. Mais ces petites masses sont probablement atteintes de dégénérescence bénigne fibro-caséuse ou fibro-graisseuse. (Malheureusement, les pièces n'ont pas été conservées pour l'examen histologique.)

« D'autre part, j'ai ouvert la cavité utérine et aperçu un ou deux petits noyaux jaunâtres analogues, non saillants sous la muqueuse.

« J'avais une crainte d'infection de cette cavité qui a été grave.

« De plus, j'avais presque promis la conservation de l'utérus à cette jeune femme, qui n'avait eu qu'un accouchement prématuré. J'ai eu le courage de me borner à la myomectomie. Peu importe une récurrence tardive.

« L'évolution sera particulièrement intéressante dans ce cas et une grossesse est bien probable. »

14 décembre. — Suites simples. Il y a eu cependant un suintement sanguin post-opératoire plus prononcé que d'habitude.

26 décembre. — Au départ, l'utérus est fixé contre la paroi comme si on avait fait une ventrofixation. Adhérences simples. A surveiller en cas de grossesse.

2 mai 1908. — Bonnes nouvelles.

Avril 1914. — M. Goullioud a revu la malade à son cabinet. Elle a une récurrence de son fibrome et une éversion. Il lui conseille d'entrer à l'hôpital, pour être opérée.

27 avril 1914. — A son entrée à l'hôpital, l'abdomen est saillant, globuleux, déformé par une tumeur volumineuse remontant jusqu'à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur a récidivé depuis déjà trois ans.

Examen de M. Goullioud. — Le fond utérin remonte à 27 centimètres au-dessus du pubis. On sent, sur la face postérieure, une petite masse repoussant le col en avant. En bas de la ligne de suture, existe une éventration, avec petite épiploocèle.

30 avril 1914. — Intervention par M. Goullioud.

Laparotomie médiane. Résection de l'épiploocèle. On tombe sur une tumeur volumineuse.

Anesthésie générale. Kélène éther sans incident.

Hystérectomie subtotal. Fermeture du col. Péritonisation. Surjets habituels. On met un drain dans le Douglas. Suture de la peau aux agrafes.

L'enlèvement de la tumeur a été assez difficile. Elle présentait, à son pôle supérieur, des adhérences avec l'intestin. Tumeur très vasculaire.

La cavité utérine déformée, dilatée, mesure 18 centimètres à l'hystéromètre. Elle est tapissée d'exsudats sanguins.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Docteur GOULLIoud)

Myomectomie (myome unique interstitiel pesant 700 gr. —

Récidive 16 ans après. — Hystérectomie subtotal. — Décès le septième jour.

Sœur P... H..., 32 ans, entre le 5 juin 1905 à l'hôpital Saint-Joseph pour tumeur abdominale. Elle a été réglée à 15 ans, irrégulièrement, jusqu'à 20 ans ; puis, à partir de cet âge, ses règles sont devenues régulières. Depuis trois mois, elles sont beaucoup plus abondantes et durent huit jours au lieu de cinq, comme normalement, et elles sont

douloureuses. Il y a quatre mois qu'elle s'est aperçue qu'elle avait dans le ventre une tumeur qui, depuis, a augmenté progressivement.

A son entrée, bon état général.

Au palper abdominal, on sent une tumeur volumineuse remontant jusqu'à l'ombilic. Le col est refoulé à droite, et le fibrome bombe dans les culs-de-sac antérieur et latéral gauche.

Poumons et cœur normaux. Urine : ni albumine ni sucre.

8 juin 1905. — Intervention (Docteur Goullioud). Anesthésie générale à l'éther.

Incision ombilico-pubienne de la paroi abdominale. La tumeur apparaît développée aux dépens de la partie supérieure des faces gauche et surtout antérieure. Incision double sur le sommet de la tumeur, isolant un croissant de l'écorce utérine, lequel reste adhérent à la tumeur. On décortique le fibrome aisément. On nivelle les surfaces cruentées des parois utérines, puis on procède au capitonnage par un double surjet habituel.

A l'aide de tampons, on fait la toilette des parties déclives du bassin et de la cavité abdominale.

Étalement de l'S iliaque. Suture abdominale à un seul plan métallique. Drain à la partie inférieure de l'incision.

Examen de la pièce. — Volume : deux poings. Poids : 700 gr. Tissu homogène, dur, criant sous le scalpel à la coupe.

11 juin. — Bonnes suites. Ablation du drain le quatrième jour.

17 juin. — Ablation des fils. Réunion par première intention.

20 juin. — Part guérie.

17 juin 1921. — Elle revient, envoyée par son médecin.

Depuis peu, elle a des règles un peu exagérées, mais nullement anémiantes.

Un peu de constipation, peut-être par gêne mécanique.

On sent un fibrome pelvien et un petit fibrome de la grosseur d'un œuf de dinde.

Jusqu'ici, elle a pu faire sans arrêt son travail de cuisinière dans la communauté.

1^{er} août 1921. — La malade entre à nouveau à l'hôpital pour sa tumeur. A la suite de la myomectomie, ses règles étaient revenues régulières et normales.

5 août 1921. — Intervention par le Docteur Goullioud. Anesthésie générale, éther.

Résection de la cicatrice de la paroi abdominale.

On trouve : un corps utérin auquel adhère le côlon pelvien par des adhérences filamenteuses. Une fois celles-ci détachées, on aperçoit dans le Douglas un gros fibrome pédiculé, comme une tête d'enfant. On l'attire au dehors. Hystérectomie subtotale.

Surjets de péritonisation du col et du bassin.

Suture de la paroi en trois plans ; plan péritonéal difficile.

Examen de la pièce. — On voit, sur le bord antérieur de l'utérus, un petit fibrome du volume d'un œuf, puis un gros fibrome pédiculé de la face postérieure, du volume d'une tête fœtale. Poids : 1 kilo. Cathétérisme : 9 centimètres. Pas de polype intra-utérin. Annexes normales.

7 août. — La température est à 39°6 le soir. Pouls à 112.

8 août. — La température se maintient à 39°4. Le ventre est souple. La malade a eu des gaz, une selle spontanée et elle a uriné spontanément.

Bonne expansion abdominale. Pas d'angine, ni de signes pulmonaires.

9 août. — Température 40° ; pouls à 132.

11 août. — Température 40°8 ; pouls à 140. La malade meurt dans le collapsus.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. GOULLILOUD)

Myomectomie en 1915. Ablation de nombreux fibromes pédiculés. — Récidive cinq ans après. Hystérectomie secondaire par le Docteur Témoin, de Bourges.

Mlle L... J..., de Bourges, âgée de 32 ans, se présente à mon cabinet le 10 mai 1915.

Réglée à 12 ans 1/2, régulièrement ensuite. En se faisant du massage pour constipation, elle constata qu'elle avait dans l'abdomen une grosseur. L'examen révèle en effet la présence d'une tumeur dure, médiane, suspubienne, considérée comme un fibrome pédiculé.

Opération le 18 juin 1915, à la Clinique Sainte-Marthe.

Après laparotomie, on constate un petit utérus chargé d'un certain nombre de fibromes pédiculés, l'un gros comme une orange, deux autres petits comme des pois, deux masses comme des noisettes un peu aberrantes, l'une en avant du ligament rond, l'autre en arrière et à gauche. On fait une myomectomie et une ablation des annexes gauches, pour enlever ces petits fibromes aberrants. Il reste cependant un petit utérus avec de la graine. (Il est probable qu'il y aura récurrence, mais dans un avenir peut-être éloigné.)

Elle revient en novembre 1915, pour des troubles digestifs et intestinaux, des règles un peu fortes, des craintes de cancer. Elle fait de la neurasthénie. Je m'attendais à trouver une récurrence : pas du tout ; je constate un joli petit utérus et j'envoie la malade à M. Bouveret, pour qu'il lui prescrive un régime détaillé pour son entérite.

25 octobre 1917. — Mlle L... reconnaît aller beaucoup mieux. Bon moral ; elle a pris 6 kilos ; réglée faiblement, avec des périodes d'aménorrhée de quatre mois. Elle raconte même qu'elle avait du lait et qu'elle pouvait en tirer un dé au moins. Elle a eu, en effet, de la mammité antérieurement.

L'utérus est à peine de volume normal.

Octobre 1924. — J'apprends, à l'occasion du Congrès de Chirurgie, de M. Témoin lui-même, qu'il l'a opérée pour une récurrence, et lui a fait une hystérectomie.

21 novembre 1924. — Dans une lettre à M. Goullioud, M. le Docteur Témoin, de Bourges, écrit : « Mlle L... a été opérée pour sa récurrence de fibrome, le 24 novembre 1920. Des douleurs, des pertes, l'augmentation progressive d'un fibrome développé dans la corne utérine droite avaient nécessité l'opération. Il y avait, en plus, un ou deux petits fibromes du volume d'une noisette. »

OBSERVATION VIII

(Prof. JABOULAY et VILLARD)

(Début *in Thèse* DRIVET, 1906 ; fin *in Lyon Médical*, 1904.)

Enucléation par myomectomie abdominale de neuf fibromes interstitiels à 35 ans. — Récidive onze ans après. — Hystérectomie totale, par le Professeur VILLARD.

10 août 1891. — Malade âgée de 35 ans. Souffre depuis neuf ans, de règles abondantes, avec caillots. Depuis un an surtout, des sensations de pesanteur dans le ventre, des douleurs parfois insupportables sont apparues. Elle vient de Constantine, réclamer une intervention.

La laparotomie révèle des adhérences de l'épiploon au péritoine pariétal, au niveau de l'excavation pelvienne. Ces adhérences dégagées, l'utérus se montre enchaîné dans le petit bassin, immobilisé par des adhérences et bourré de fibromes. Il est impossible de l'amener au dehors et, par suite, de tenter l'hystérectomie.

M. Jaboulay fait alors l'enucléation de ces fibromes à travers les couches internes qui les retiennent. Grâce à leur voisinage, il n'y a besoin de faire que six incisions, parce que trois tumeurs peuvent passer par les plaies qui ont été faites pour d'autres. Les plus grosses sont comme de petites oranges ; deux petites ont le volume d'une noix.

Les incisions pratiquées sur le corps saignent peu, mais il n'en est pas de même de celles qui sont pratiquées sur le col. L'artère utérine a été intéressée, et l'on se voit dans l'obligation de la lier dans la plaie. Des sutures en bourse ferment toutes les solutions de continuité.

Après quoi, de la gaze iodoformée à 5 % est placée autour de l'utérus et sort au-dessus du pubis pour drainer.

Pendant sept jours, la malade a des symptômes d'intoxication iodoformée et délire. Une sécrétion séro-purulente s'écoule par le drainage.

Les suites sont simples. La malade sort au bout de douze jours, ayant eu quelque temps avant, au moment de ses règles, un léger écoulement sanguin. Un mois après, ses règles reparaissent. L'hystéromètre ne pénètre que de 5 cm. 1/2 dans l'utérus.

Le 26 novembre 1903, M. Villard présente à la Société de Chirurgie de Lyon l'utérus de cette femme ; il vient de lui faire une hystérectomie totale pour récidive et il présente ainsi son observation. : « Cette femme, âgée de 47 ans, se présentait avec une tumeur de la paroi abdominale du volume d'une tête de fœtus et simulant à s'y méprendre un fibrome pariétal. Une cicatrice gaufrée existait sur la partie la plus saillante, vestige de l'opération antérieure. De grosses veines sous-cutanées sillonnaient la surface externe du néoplasme. Le toucher vaginal permettait de sentir très haut et très difficilement un col petit, réfugié dans la partie supérieure d'un vagin démesurément long. Le palpér bi-manuel révélait l'existence d'un corps utérin fibromateux en continuité avec la tumeur de la paroi.

« L'interrogatoire nous apprend qu'elle avait subi l'énucléation de plusieurs noyaux fibromateux, et il est probable qu'une hystéropexie de sécurité avait été faite, expliquant ainsi la récidive de la tumeur dans la paroi abdominale.

« J'ai pratiqué chez cette femme l'hystérectomie abdominale totale par le procédé américain. L'intervention n'a présenté de particulier que la dissection des adhérences pariétales et prévésicales. Il existait une infiltration de la paroi d'apparence néoplasique et je ne suis pas sans redouter un certain degré de malignité pour l'avenir. »

OBSERVATION IX

(de S. KEIFFER, *in Gynécologie et Obstétrique*,
tome VIII ,n° 4, 1923)

Myomectomie, puis hystérectomie quatre ans plus tard.

L'auteur présente son observation à la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, dans les termes suivants :

« Il s'agit d'un utérus myomateux observé chez une jeune fille de 24 ans. Il y a quatre ans, cet utérus, d'un volume un peu plus gros que la normale, offrait, au toucher, trois

ou quatre nodosités sous-péritonéales, du volume d'une petite orange, dont l'une surtout faisait saillie à la face postérieure et semblait énucléable. Elle déterminait une rétroversion avec compression du cœcum si douloureuse qu'il fallait se décider à intervenir, ce que je fis.

« L'utérus attiré hors du pelvis confirme l'impression du toucher : utérus relativement convenable, trois myomes sous-séreux, énucléables facilement. Le plus gros, énucléé par décortication, laisse, après péritonisation, une dépression assez sérieuse. L'utérus allégé prit une position très favorable, n'exigeant aucune intervention ligamenteuse pour assurer sa statique physiologique.

Les suites de cette myomectomie furent heureuses. Soulagement des douleurs, menstruations normales d'allure et de quantité, fonction intestinale assez régulière.

« Vers la deuxième année après l'intervention, je constatai que l'utérus augmentait de volume ; pendant la troisième année, les douleurs reprirent de plus belle ; l'ancienne situation reparut et s'aggrava, au point que la malade réclama une opération radicale, malgré son mariage récent. Je fis donc l'hystérectomie subtotal, le col était sain. La pièce que je vous présente révéla : 1° Que cet utérus est littéralement farci d'innombrables petits fibromyomes variant d'une tête d'épingle à un pois ; 2° De quelques noyaux plus anciens, grossis ; 3° L'annexe droite s'est logée dans la dépression laissée par l'avulsion du gros myome et y a contracté des adhérences telles qu'il est difficile de l'en extraire. L'analyse microscopique d'une section en ce point montre que les adhérences sont complètement organisées. »

Dans la discussion, Jacobs, de Bruxelles, dit : « J'ai opéré, il y a peu de temps, une personne âgée de 74 ans, portant un fibrome utérin interstitiel du volume d'une très grosse orange, ayant subi la dégénérescence calcaire ; or, je l'avais opérée, il y a trente ans, de trois fibromes par myomectomie. »

OBSERVATION X

(Docteur SCHICKELÉ, in *Bull. Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1924, n° 1)

*Myomectomie à 30 ans. — Récidive des fibromes. —
Hystérectomie totale quinze ans après*

Le Docteur Shickelé présente à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg, un utérus fibromateux, dans les termes suivants :

« L'énucléation des fibromes est-elle à recommander ? En vous montrant la tumeur en question, la réponse semble être très facile ; il n'est pas possible d'énucléer un nombre si important de fibromes, comme les porte cette tumeur qui, dans son ensemble, correspond à une grossesse du commencement du septième mois. Mais ce n'est pas là le motif pour lequel je vous présente cette pièce. La malade a été opérée il y a une *quinzaine d'années* ; à ce moment, on a trouvé six fibromes de la grosseur d'environ une noix chacun, parsemés dans la paroi utérine. Vu le jeune âge de la malade (30 ans), on a procédé à l'énucléation de ces fibromes. Je l'ai revue, il y a cinq ans : à ce moment, son utérus correspondait à une grossesse du cinquième mois ; elle n'a pas voulu se faire opérer. Depuis, les tumeurs ont augmenté considérablement.

OBSERVATION XI

Docteur LE FORT, de Lille, in *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*

*Myomectomie. Développement de fibromes à allure grave.
Récidive. Hystérectomie totale cinq ans plus tard.*

Mme D..., âgée actuellement de 34 ans, a été opérée en 1918, dans un important service d'hôpital, pour fibrome utérin. Trois petits fibromes et un gros ont été enlevés par myomectomie. Le gros ayant, paraît-il, à peu près le volume d'une tête d'enfant.

Pendant quatre ans, la guérison se maintint.

Il y a six mois, apparurent des malaises, de la fatigue, puis de la gêne de la miction. Les règles sont à peu près normales et n'avaient guère été modifiées avant la première opération. Il n'y a jamais eu de grossesse.

A l'examen, on constate l'existence dans le ventre d'une grosse tumeur bosselée, qui a tous les caractères d'un fibrome utérin et remonte à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le toucher vaginal conduit directement sur une grosse masse qui remplit le bassin, arrondie, assez lisse, dure, en arrière de laquelle le doigt passe sans peine, mais sans atteindre le cul-de-sac, en avant de laquelle il passe difficilement, serré contre le pubis, et sans rencontrer, plus qu'en arrière, ni cul-de-sac, ni vestige quelconque d'un col ou d'un orifice cervical.

L'opération a lieu le 11 avril 1923, sous chloroforme, avec le concours de MM. Piquet et Ingelrans.

A l'ouverture du ventre, on trouve une grosse tumeur, dure, bosselée, recouverte d'un épais voile péritonéal. Quelques adhérences épiploïques sont facilement supprimées, mais il est tout à fait impossible de mobiliser la tumeur, qui paraît à peu près aussi fixe que si elle était implantée sur le squelette du bassin. Il est également impossible de glisser les doigts dans l'excavation pelvienne en avant ou en arrière de la tumeur et d'individualiser des ligaments larges. On sectionne, à la partie inférieure et au milieu de la masse, une série de nappes séreuses, cellulaires, de replis, de brides vasculaires, dans l'espoir d'atteindre un plan de clivage ou de mobiliser la masse. Peu à peu, lentement, sous l'influence des tractions continues à l'aide d'un tire-bouchon solidement amarré, celle-ci remonte, et sectionnant toujours nappes et brides, à la recherche d'un col utérin, on pénètre dans le cul-de-sac antérieur du vagin. Dès lors, l'opération est rapidement achevée, malgré le grand nombre de pinces qui doivent être remplacées par des ligatures. La trompe gauche et l'ovaire, kystique, sont enlevés avec la tumeur, la trompe droite et l'ovaire sont conservés. Au cours de l'opération, il a fallu réparer la séreuse de l'S iliaque déchirée

par adhérence au fibrome. Fermeture du vagin, péritonisation, trois plans de sutures.

Les suites opératoires ont été très simples et sans incidents.

L'examen de la pièce est fort instructif. Aa la surface de la tumeur, dure, apparaît une masse plus molle, siégeant au pôle supérieur, et qui représente le corps utérin, un peu gros, mais relativement peu modifié. Tout le reste forme une masse très compacte, à la surface de laquelle l'orifice cervical n'est représenté que par un simple pertuis. Il n'y a plus de col utérin, ou, plus exactement, toute la masse n'est qu'un col utérin fibromateux.

OBSERVATION XII

(Docteur GOULLIoud)

(Observation XXXVI de la Thèse d'ACHARD)

Myomectomie. Enucléation d'une masse fibromateuse interstitielle pesant 1 kilo. Récidive 13 ans et 7 mois après. Métrorragies de la ménopause. Application de radium.

Mme A., de Q., 36 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 1^{er} juin 1907, pour fibrome.

Parents rhumatisants.

A eu la scarlatine dans l'enfance. Réglée à 11 ans régulièrement, mais règles abondantes durant quatre ou cinq jours. Mariée à 35 ans. Pas d'enfant ; pas de fausse-couche.

Depuis trois mois, elle a des règles très abondantes, avec des caillots et des douleurs abdominales au moment de ces pertes. Ensuite, elle a des pertes blanches.

Selles et mictions normales.

Au palper abdominal, on sent une tumeur dure, mobile, médiane, plus développée à droite qu'à gauche, ayant la consistance d'un fibrome utérin.

Toucher vaginal (Docteur Goullioud). — Le col est en avant, il y a donc des chances pour que la cavité utérine

le soit aussi. Le cul-de-sac de Douglas est occupé par une masse qui plonge peu. On pourrait faire une myomectomie ou une hystérectomie subtotale.

Cœur : bruits normaux ; pouls à 56.

Poumons : submatité du poumon gauche en avant, avec quelques sibilances à l'auscultation.

5 juin 1907. — Intervention (Docteur Goullioud).

Anesthésie au Billroth, sans incident.

Incision sus-pubienne dépassant l'ombilic de quatre travers de doigt. On se trouve en présence d'une grosse masse fibromateuse. Les utéro-ovariennes étant assez basses, on peut faire la myomectomie.

Incision de la paroi utérine d'avant en arrière, en suivant la ligne médiane. Enucléation de la masse fibromateuse. Hémostase des grosses veines. *On laisse un fibrome de la grosseur d'une mandarine développé à la partie antérieure de l'organe* et qui s'atrophiera probablement plus tard.

Trois surjets de capitonnage, comme habituellement.

L'ovaire droit paraissant malade, on fait une ovariectomie. Changement de gants. Suture de la paroi à trois plans.

Examen de la pièce. — Grosse masse fibromateuse, composée d'une série de fibromes de grosseurs variées, allant du volume d'une mandarine à celui de deux poings. Poids : 1 kilo.

Les suites furent compliquées.

7 juillet. — Le drain fonctionnant mal, la malade a de la fièvre, avec angoisse. Pouls rapide. Puis, apparition des règles.

9 juillet. — La température monte à 39°2; petit écoulement sanguin par le vagin, puis plus rien. Puis, on sent, au niveau de la ligne d'incision, une masse empâtée.

Toucher vaginal. — Culs-de-sac libres. Utérus en antéversion. Il est compris dans la masse que l'on sent en avant, de la grosseur d'une orange. L'abcès pointe de plus en plus.

12 juillet. — Ouverture spontanée. Ecoulement de pus. Défervescence lente. La malade se maintient à 38° le soir.

17 juillet. — Vomissement biliaires peu abondants. Température : 41° le soir. Très léger ballonnement.

On prescrit repos absolu, glace sur le ventre.

18 juillet. — Un peu de détente. Pouls à 100. Ecoulement d'un peu de sang par le vagin.

30 juillet. — Incision d'un abcès de la région fessière et drainage.

8 août. — Il y a toujours une petite fistule au niveau de l'incision. Le toucher vaginal indique un utérus adhérent à la paroi, paraissant encore trop gros.

10 septembre 1907. — La malade souffre d'une sciatique interne. Traitement par le courant induit.

11 avril 1908. — Docteur Goullioud : « J'ai revu Mme de Q... Elle va très bien, au point de vue de l'état général ; très bien aussi au point de vue utérin. Au toucher vaginal : petit utérus, de volume sensiblement normal, en bonne situation. Bien réglée, avec des règles non exagérées. Bonne cicatrice, avec un point élargi au niveau du drain, bien maintenu par un bandage.

Elle a eu plusieurs rechutes de sa sciatique.

24 avril 1914. — Revient pour une petite tumeur du sein gauche. Exérèse locale d'un kyste du sein.

Elle est très bien réglée. L'utérus est en position normale. Il n'y a pas de récédive.

11 décembre 1920. — Revient pour une plaque indurée du sein droit. A cette occasion, M. Goullioud lui fait un examen génital : L'utérus remonte à deux travers de doigt de l'ombilic. Règles un peu plus abondantes, mais non incommodantes. La malade a 49 ans et va atteindre bientôt la ménopause.

10 janvier 1921. — Entre à nouveau à l'hôpital pour une induration suspecte du sein droit, avec des ganglions axillaires.

Au point de vue utérin : A eu, le mois dernier, deux pertes à huit jours de distance. Cependant, les dernières, à l'hôpital, ont été normales. L'utérus est gros comme un utérus gravide de trois mois. Etant donné l'âge (50 ans) et les inconvénients de la ménopause, avec retour d'un petit fibrome, et le séjour à l'hôpital pour une tumeur du sein, on fera, dès maintenant, une application de radium.

14 janvier 1921. — Amputation du sein droit, avec curage axillaire sousanesthésie générale.

L'examen histologique, pratiqué par le Docteur F. Martin répond : « Fibro-adénome du sein ».

21 janvier 1921. — Intervention (Docteur Goullioud). Anesthésie générale kélène-éther.

Cathétérisme : 12 centimètres. Dilatation de la cavité utérine jusqu'au numéro 14. On place 2 tubes de 60 milligrammes de radium bout à bout, pendant 48 heures.

La direction de l'hystéromètre montre, avec le palper, qu'il y a un fibrome en avant et à droite de l'utérus.

Février 1922. — La malade est dans une maison de santé pour troubles nerveux. Elle accuse l'application de radium. Mais ses troubles nerveux s'expliquent plutôt par la vie très malheureuse qu'elle a menée auprès d'un mari cérébralement malade.

OBSERVATION XIII (Inédite)

(Docteur GOULLILOUD)

Fibrome de la paroi antérieure. Myomectomie. Récidive des fibromes onze ans après. Ménorragies. Application de radium par le Docteur PELLANDA.

S^r R... Marie-Louise, 37 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 16 janvier 1911, pour tumeur abdominale.

Réglée à 13 ans, assez régulièrement, sauf pendant sept à huit mois, à 15 ans ; mais règles douloureuses et très abondantes.

Depuis trois ou quatre ans, elle souffre davantage et ses règles sont plus abondantes. Depuis l'année dernière, ménorragies. Depuis le mois de septembre 1911, règles très irrégulières, pertes rouges allant en augmentant. Elle souffre dans le bas-ventre et ses douleurs s'irradient dans les lombes.

Elle a aussi de fréquentes envies d'uriner. Les mictions sont plus fréquentes au moment de ses règles. Constipation ne cédant qu'à de nombreux laxatifs.

Examen. — On sent un fibrome qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, paraissant développé

dans la paroi antérieure de l'utérus. Au toucher vaginal, le col est encore bien formé. Peut-être, un cas favorable à la myomectomie.

21 janvier 1911. — Intervention par le Docteur Goullioud. Anesthésie générale à l'éther, sans incident.

Incision de Pfannenstiel. On est en présence d'un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus.

Incision du péritoine péri-utérin depuis le cul-de-sac vésico-utérin jusqu'au fond de l'utérus. Enucléation du fibrome, sans ouvrir la cavité utérine. Double surjet de capitonnage habituel. Un troisième surjet péritonéal qui parfait l'hémostase.

Un drain. Fermeture de la paroi à trois plans.

Examen de la pièce. — Myome pesant 200 gr., avec un aspect typique de fibromyome.

Suites simples. Part guérie le dix-septième jour.

14 janvier 1922. — Rentrée à l'hôpital de la Charité pour des pertes rouges, onze après la myomectomie.

Elle n'a commencé à présenter des hémorragies qu'il y a deux ans, plus accentuées ces temps derniers.

Examen de M. Pellanda. — Gros utérus, du volume de deux petits poings à noyaux multiples, diffus. Petit col puéril abaissé.

M. le Docteur Pellanda lui fait une application de 120 milligrammes de radium pendant 48 heures.

OBSERVATION XIV

(Docteur GOULLIoud)

(Observation XIV de la Thèse d'ACHARD)

Volumineux fibrome du fond utérin. Myomectomie. Poids de la tumeur enlevée: 2 kil, 500. Récidive après vingt-deux ans. Curiéthérapie.

Mlle F... Claudine, 27 ans, brodeuse, entre à l'hôpital Saint-Joseph, sur le conseil de son médecin, le 20 mars 1901.

Depuis trois mois, elle a vu son ventre grossir rapidement,

sans souffrance et sans trouble du côté de ses règles, qui sont restées normales. Son abdomen a le volume d'une grossesse de sept mois et laisse sentir, à la palpation, une grosse masse dure, lobulée, développée surtout à gauche et remontant à l'épigastre, assez mobile. Le toucher vaginal montre l'utérus refoulé en haut et à droite, et l'excavation remplie par la tumeur. On atteint difficilement le col. Aussi, malgré la consistance de la tumeur, on peut penser à une tumeur ovarienne.

23 mars 1901. — Laparotomie : on tombe sur une volumineuse tumeur, que l'on croit, au premier abord, dépendre de l'ovaire ; après avoir sectionné une adhérence avec précaution, on peut amener la tumeur au dehors, et l'on voit que l'on a simplement affaire à un volumineux fibrome développé aux dépens du fond de l'utérus sur sa face postérieure, présentant des adhérences filamenteuses et vasculaires avec le gros intestin. Incision circulaire sur le pourtour du fond de l'utérus et de la tumeur, que l'on isole ainsi, après section du pont très vasculaire, unissant la tumeur à l'utérus. On place quelques ligatures sur les gros vaisseaux et on fait les deux surjets de capitonnage habituels, puis un troisième surjet séro-séreux, destiné à enfouir la ligne de suture précédente dans un repli du péritoine.

On enlève ensuite quatre petites tumeurs analogues à la grosse, du volume d'un pois à celui d'une noisette, et sur chaque surface avivée, on met un ou deux points péritonéaux au catgut Repin. A la fin de l'intervention, on s'aperçoit qu'il y a des caillots de sang dans le Douglas. On met alors des ligatures sur deux ou trois adhérences qui saignent légèrement.

Suture de la paroi en trois plans ; pas de drainage.

Examen de la pièce (Docteur Goullioud). — « La tumeur enlevée, qui pèse 2 kil. 500, est un fibrome probable. Cependant, il s'est développé rapidement et il a un aspect un peu spécial, qui fait craindre un fibro-sarcome. C'est en plein tissu utérin qu'on a sectionné le pont qui unissait la tumeur à l'utérus. Il faudra donc surveiller cette malade et faire une hystérectomie en cas de récurrence, si elle est rapide

surtout. Antérieurement, je n'aurais pas hésité à faire l'hystérectomie, plutôt que la myomectomie, car la tumeur est mal pédiculée, et il y a de petits fibromes naissants multiples, tous superficiels. Mais la malade a 27 ans ! »

Les suites furent simples ; la température n'atteignit pas 38°, et la malade partit guérie vingt jours après l'intervention.

4 décembre 1903. — Vue sur appel. Résultat remarquable : petit utérus en bonne position, plutôt petit, pour une aussi forte femme. Règles régulières durant quatre jours, non exagérées. Belle santé ; elle demande si elle pourrait se marier.

20 septembre 1913. — La malade s'est mariée et a eu, en 1906, une grossesse absolument normale, terminée par un accouchement facile et spontané, qui donna naissance à un garçon bien constitué et actuellement bien portant ; la délivrance se fit sans incident ni hémorragie, et depuis lors, l'état général et génital de la malade est resté excellent.

5 septembre 1922. — Mme P., 49 ans, vient me consulter pour des pertes abondantes, depuis deux ans, dit-elle : « Lorsque j'étais jeune fille, après mon opération, je ne perdais pas beaucoup. »

Elle s'est beaucoup fatiguée pendant la guerre. Je constate la récidive de son fibrome, un peu irrégulier, du volume d'une grossesse de quatre mois. Elle est un peu pâlie par ses pertes.

18 octobre 1922. — Intervention dans une clinique. Cathétérisme utérin de 12 centimètres. Application de deux tubes de radium, soit 120 milligrammes pendant 24 heures, et ablation d'un petit polype du col.

27 novembre 1922. — Mme P... va bien ; elle a eu vingt-deux ans de vie génitale normale, après myomectomie, avec possibilité de se marier et d'avoir un enfant.

OBSERVATION XV (Inédite)

(Docteur GOULLIoud)

*Myomectomie pour fibromes multiples.
Récidive cinq ans après. Application de radium.*

Mlle B... Anne-Marie, 35 ans, ouvrière en soie, fait un premier séjour à l'hôpital Saint-Joseph, le 11 avril 1919.

Réglée à 13 ans, régulièrement. Rhumatisme articulaire aigu à 17 ans.

Elle a un fibrome de volume moyen. On lui fait une énucléation d'un chapelet de fibromes et l'ablation de l'ovaire gauche.

Pendant une année, convalescente, puis elle s'est bien portée pendant trois ans au moins.

Elle revient le 16 avril 1924, consulter M. Goullioud, parce que depuis trois mois elle a des pertes rouges abondantes se prolongeant 10 à 11 jours. Elle souffre aussi dans l'hypochondre droit.

Au toucher vaginal, col en bonne position. On perçoit au palper, combiné au toucher, un fibrome en avant gros comme un utérus de trois mois ; puis un second fibrome de la corne droite atteignant presque la ligne ombilicale.

25 avril 1924. — Application de radium (2 tubes de 60 milligrammes) pendant 48 heures.

3 novembre 1924. — Elle vient se montrer. Elle dit aller bien. Elle a eu des pertes durant 25 jours après son application de radium, une seconde apparition fin juin, puis la disparition de toutes règles depuis. Par contre, elle a eu une épistaxis le 26 septembre, ayant duré près de douze heures. Cette hémorragie l'aurait soulagé de maux de tête qu'elle avait avant.

Nouvelle épistaxis le 27 octobre de courte durée et ecchymoses aux membres inférieurs.

Tension au sphygmomanomètre de Gallavardin, 19/10. Petit disque d'albumine.

Bon état général. Se trouve bien. A repris 7 kilos.

Toucher vaginal : atrophie considérable de ses fibromes que l'on reconnaît parce qu'on sait bien leur existence ancienne. Utérus doublé d'un épaissement vers la corne droite du volume d'une grossesse de deux mois.

Pouls à 96 régulier.

On lui prescrit un régime et un traitement médical.

OBSERVATION XVI (inédite)

(Due à l'obligeance du Docteur MICHON, Chef de Clinique de M. le Professeur VILLARD.)

Fibrome pédiculé enclavé dans le Douglas, Myomectomie par le Professeur Pollosson en 1911.

Récidive 13 ans après. Hystérectomie subtotale par le Docteur Michon.

Femme D..., 49 ans, entre le 8 août 1924 dans le service du Professeur Villard à la Charité, pour douleurs abdominales et pertes rouges.

Opérée par le Professeur Pollosson le 22 novembre 1911. Dans le compte rendu opératoire on note : « Fibrome pédiculé enclavé dans le Douglas, Rupture du pédicule très mince au moment où on luxé la tumeur hors du ventre. Hémostase de la tranche utérine du pédicule ».

Réglée à 15 ans régulièrement trois ou quatre jours. Depuis 3 ans, la malade souffrait généralement au moment des règles qui étaient devenues plus abondantes et duraient 8 à 15 jours. Dans le cours des règles, elle restait quelquefois un jour ou deux sans perdre. Les règles s'accompagnaient de pertes blanches et de caillots abondants.

Depuis 8 mois, les douleurs se sont accentuées.

Il y a un mois, la malade a eu une crise douloureuse assez vive, sans nausées ni vomissements. Varices surtout à gauche. Quelquefois œdème de la jambe gauche. Pas de constipation habituelle. Pollakiurie diurne et nocturne.

Elle a parfois dans la région gauche de l'abdomen une douleur sous forme de colique avec gargouillement qui dure un quart d'heure et disparaît.

Examen. — Gros utérus fibromateux à noyaux multiples enclavé dans le petit bassin à peine immobile.

Intervention le 27 août 1924 par le Docteur Michon. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Anesthésie générale, éther.

Il s'agit d'un gros fibrome à noyaux multiples et à développement transversal occupant le pelvis.

Hystérectomie subtotala avec plusieurs incidents : ouverture de la vessie du fait d'un sondage incomplet. Luxation difficile du fibrome et en raison de la torsion sur l'axe, hémotase atypique. Pincement de l'uretère droit dans une pince. On s'en aperçoit et l'uretère paraît reprendre son calibre normal.

Le fibrome a créé une zone de décollement dans le ligament large droit du fait de son développement interligamentaire.

Appendicectomie.

Examen de la pièce. Gros fibrome à noyaux multiples, les uns sous-péritonéaux, les autres pédiculés, les autres interstitiels. A l'intérieur de la cavité utérine, un polype très ramolli inséré au sommet.

Suites opératoires. — Les suites sont relativement simples, malgré les difficultés opératoires. On sonde la malade pendant deux jours. Les urines bouillon de bœuf s'éclaircissent rapidement. Le pouls est pendant 48 heures à 140 sans signes péritonéaux. Amélioration rapide.

15 septembre 1924. — La malade rentre chez elle en bon état. Suites opératoires parfaites malgré un petit hématome évacué le 8 septembre, et qui a donné une fièvre variant entre 38° et 39° avec pouls à 140, les deux jours qui ont suivi l'opération.

Revue le 30 octobre 1924. Va très bien. Cicatrice parfaite. Se plaint de quelques douleurs probablement d'origine intestinale.

OBSERVATION XVII (inédite)

(Obligeamment communiquée par M. le Professeur VILLARD.)

Myomectomie à 24 ans. Récidive 19 ans après. Hyystérectomie subtotale par le Professeur Villard.

Mme L..., 43 ans, entre à la salle Gensoul en juin 1918, pour un volumineux fibrome utérin à noyaux multiples remontant jusqu'à l'ombilic. Ce fibrome s'accompagne de métrorragies qui ont désidé la malade à une intervention. En 1899, elle a subi dans le service du Professeur Fochier, à 24 ans, une myomectomie dont elle porte encore la cicatrice abdominale. A cette époque, elle avait présenté des vomissements fréquents et quelquefois ceux-ci contenaient un peu de sang. Elle était arrivée de ce fait à un état d'intolérance gastrique très marquée. M. Fochier avait attribué à la présence du myome l'origine de ses accidents ; mais les troubles ayant persisté après la myomectomie il avait pensé à la possibilité d'un ulcère et mis la malade au régime lacté. Au bout d'un ou deux ans, les troubles avaient disparu.

Deux ans après la myomectomie, grossesse à terme avec enfant vivant, actuellement bien portant.

En raison de la récidive du fibrome, de son volume et de la proximité de la ménopause, M. Villard pratique une hystérectomie subtotale. Suites normales.

A signaler dans les années qui suivirent un prolapsus vaginal ayant nécessité le port d'un pessaire.

Le 6 mars 1924, la malade est amenée d'urgence à l'hôpital pour une cholécystite aiguë calculieuse qui nécessite une cholecystectomie faite sur une vésicule en voie de perforation. Suites normales, mais brusquement, au neuvième jour, la malade succombe à la suite de deux embolies massives successives.

OBSERVATION XVII *bis* (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur PELLANDA.)

Myomectomie en 1900. Hystérectomie en 1920 pour fibromes multiples par le Docteur Pellanda. Récidive latente pendant 16 ans.

B..., née D..., 56 ans. Myomectomie pratiquée en 1900 par le Professeur Jaboulay pour fibrome gros comme un poing. Récidive en 4 ans des fibromes qui augmentent peu à peu de volume. Adhérences marquées et cicatrice sus-pubienne étendue consécutive à un drainage ancien. Hystérectomie subtotale par décollement postérieur sans conservation d'annexes. Tumeur grosse comme une tête d'adulte avec multiples fibromes, les uns durs, les autres mous, quelques-uns calcifiés, d'autres œdémateux, d'autres en voie de nécrobiose. Sur la muqueuse utérine plaque saillante rappelant l'adénome banal mais peut-être de nature néoplasique.

Examen histologique (Docteur Haour). — Epithélioma développé aux dépens de la muqueuse. Infiltration du muscle utérin par quelques rares bourgeons néoplasiques.

OBSERVATION XVII *ter* (Inédite)

(Obligamment communiquée par M. le Docteur PELLANDA.)

Myomectomie à 35 ans. Récidive immédiate. Hystérectomie totale 3 ans après.

Mme M..., 38 ans. Opérée à 35 ans, en 1916, pour ménorragies avec caillots et douleurs au moment des règles, par M. le Professeur Pollosson. Aurait eu une myomectomie sans détail autre que le fibrome gros comme le poing. Elle voulait une grossesse d'où opération conservatrice. Evolution simple.

Après opération, les règles ont été régulières deux mois seulement, puis sont redevenues presque immédiatement hémorragiques. Très anémiée, n'a pas maigri, très pâle. Accuse

des frissons; avec poussées fébriles sans cause apparente. A des crises de prurit diffus cutané.

Utérus fibromateux peu mobile, assez régulier de forme, du volume d'un gros poing.

Opérée le 19 novembre 1919. Hystérectomie totale, très difficile en raison d'adhérences péritonéales multiples, de l'épiploon, de la paroi, de la tumeur, mais surtout de l'S iliaque très fortement adhérent au fond utérin et surtout à la corne gauche qui paraît avoir été le siège de la myomectomie (fibrome probablement pédiculé).

Utérus fibromateux de la taille d'une tête de nouveau-né. Noyaux multiples, l'un d'eux, le plus gros, du volume d'un marron, est sous-muqueux, d'autres interstitiels et sous-péritonéaux. Trompes fermées adhérentes ; à droite, hydrosalpinx de la grosseur du pouce. Adhérences multiples du Douglas. *Ovaires sains.*

Evolution normale.

Par la suite, santé excellente, mais pendant deux ans, bouffées de chaleur, obésité, prurit, et troubles d'entérite muco-membraneuse.

CHAPITRE II

Récidives latentes.

Nous appellerons récidives latentes les cas où, au bout d'un certain temps, après la myomectomie, la malade est trouvée, au cours d'un examen, porteuse d'un nouveau fibrome, qui ne lui cause aucun symptôme fonctionnel. On constate simplement au toucher un utérus augmenté de volume. Ce volume augmente très lentement, permettant à la malade d'arriver sans accident, ni symptôme grave, à la ménopause.

Nous n'en citerons qu'une observation. Il est probable que ces cas sont plus fréquents, mais on n'a pas l'occasion de les observer parce que les femmes ne viennent pas consulter, ne ressentant aucun des maux qu'elles avaient avant la première intervention.

Il y a donc pas lieu de faire un traitement chirurgical.

Par conséquent, la myomectomie, quoique n'ayant pas donné un résultat parfait est satisfaisante, car elle

laisse à la malade sa vie génitale normale, et ne lui occasionne pas les accidents que donne quelquefois la castration, par hystérectomie totale.

OBSERVATION XVIII

(M. GOULLIoud)

(Observation XXXIII de la Thèse d'ACHARD)

- 1° *Fibrome utérin. Troubles urinaires. Myomectomie double.*
2° *Gros utérus en rétroversion avec petit fibrome sur le bord gauche.*

Mlle L..., 39 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 14 octobre 1907, pour fibrome.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à 13 ans régulièrement, mais avec des douleurs à chaque menstruation.

En mars 1907, la malade a eu une brusque rétention d'urine, ayant nécessité trois sondages. Les règles n'avaient rien présenté d'anormal avant cet accident.

Le médecin appelé constata que cette rétention était due à un fibrome et conseilla à la malade de rentrer à l'hôpital pour se faire opérer.

L'examen de l'abdomen montre une tumeur remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, surtout développée dans la fosse iliaque gauche, moins développée à droite.

Au toucher vaginal, on sent un col normal. La tumeur fait corps avec l'utérus. On sent une petite induration de la grosseur d'une noisette dans le cul-de-sac latéral gauche.

Les poumons et le cœur sont normaux.

Urines : disque d'albumine assez épais.

18 octobre 1907. — Intervention. Anesthésie kélène éther.

Myomectomie. Ablation de deux fibromes pesant ensemble 445 grammes, de volumes à peu près égaux ; l'un développé

dans la face antérieure facile à énucléer ; l'autre développé sur le bord latéral droit sous l'arcade anastomotique.

1° On a réséqué l'ovaire de ce côté, donc lié l'artère utéro-ovarienne.

2° On a sectionné le ligament rond étalé et allongé passant sur la tumeur.

3° Enuclée le fibrome en se tenant un peu en avant de l'arcade anastomotique.

4° Capitonage soigné suffisant pour l'hémostase ; un fil un peu profond vers l'isthme enserre probablement les vaisseaux de l'arcade.

5° On réunit les deux moignons du ligament rond, ce qui fait une sorte de péritonisation d'ailleurs incomplète.

Etalement de l'S iliaque. Pas de drainage. Suture à trois plans.

30 octobre. — Suites simples. Mais la malade ne pouvant uriner seule a été sondée. Elle a eu une cystite légère qui a guéri à la suite de lavages quotidiens à l'eau boriquée et nitraté à 0,50 %.

15 octobre 1923. — Elle va bien depuis son intervention. Elle n'a plus besoin d'être sondée. Mais elle urine un peu difficilement par moment.

Elle est réglée régulièrement tous les 25 jours ; pendant trois ou quatre jours. Elle souffre un peu le premier jour, mais cela ne l'arrête pas.

Au toucher, utérus gros en rétroversion ou plutôt incliné en arrière sans la moindre flexion. Le long du bord gauche de l'utérus, on sent une induration qui doit être un fibrome moins gros qu'un œuf, mais plus allongé. Donc, le résultat est imparfait.

A toujours un peu de gêne pour uriner et se lève au moins une fois la nuit.

22 novembre 1924. — La malade donne de ses nouvelles par lettre. Depuis son opération, elle a une bonne santé. Parfois, pendant la marche, elle souffre un peu du côté gauche. Elle ne signale pas si elle est toujours réglée. Elle a 56 ans.

M. le Docteur Témoin, de Bourges, un des promoteurs de la myomectomie en France, signale dans une lettre à M. le Docteur Goullioud que, dans ses observations personnelles de fibromes au nombre de 120, *deux femmes ayant des récidives latentes* n'ont pas été réopérées et se portent bien, malgré le retour de leur tumeur. Mais, ajoute-t-il, cela ne veut pas dire qu'il n'y en a pas eu d'autres.

CHAPITRE III

Persistance des noyaux fibromateux juxta-cervicaux ayant causé des accidents obstétricaux.

Nous citerons cette observation dans notre travail, bien qu'il n'y ait pas récédive, ces noyaux existant déjà lors de la myomectomie. Leur présence aurait pu rester ignorée si la malade n'avait pas eu une grossesse.

Après la myomectomie, il faut donc se méfier de la possibilité de la persistance de petits noyaux cervicaux passés inaperçus et qui peuvent pendant la grossesse prendre un développement suffisant pour rendre impossible un accouchement par les voies naturelles.

Cette observation présente en outre un autre intérêt. On avait fait la myomectomie, sur une demande de la malade, pour un volumineux fibrome kystique du fond utérin pour lequel l'examen histologique avait répondu : *Myome malin*.

Or, l'évolution clinique n'a pas été celle d'une tumeur maligne. La malade opérée il y a 3 ans, et revue au début de janvier, ne présente pas à l'heure actuelle de récurrence, et va très bien.

Nous discuterons cette question dans le chapitre suivant, sur les récurrences malignes.

OBSERVATION XIX

(Docteur GOULLIQUOUD)

(Observation I de la thèse de Paul ACHARD)

- 1° *Fibrome et grossesse. Fausse couche.*
- 2° *Myomectomie difficile. Fibrome histologiquement malin.*
- 3° *Grossesse après la myomectomie, placenta prævia.*
- 4° *Accouchement impossible du fait d'un petit fibrome du ligament large.*
- 5° *Césarienne et hystérectomie totale difficile.*
- 6° *Fistule urétérale, néphrectomie et incision d'un abcès urinaire du ligament large.*
- 7° *Mère et enfant bien portants.*

Mme Etienne B..., âgée de 27 ans, mariée depuis 4 mois, se présente à mon cabinet le 5 mars 1920, pour des douleurs abdominales et une perte de sang récente. Cette femme est enceinte de près de deux mois : premier jour des règles le 11 janvier. Cependant, son utérus remonte déjà au-dessus de l'ombilic, par conséquent à un niveau bien supérieur à celui que comporte l'âge de la grossesse. Le col est refoulé à droite par une tuméfaction rénitente qui plonge dans le bassin comme le ferait un petit kyste ovarien sans tension.

On pense à une grossesse compliquée de fibrome ou bien à une grossesse molaire avec tuméfaction kystique des ovaires.

26 mars 1920. — Les pertes rouges obligent à conduire la malade dans une clinique obstétricale, à l'effet de faire une dilatation du col et une délivrance, s'il y a lieu.

1^{er} avril. — On croit devoir intervenir : au cathétérisme, on reconnaît qu'il s'agit d'un volumineux fibrome de la paroi latérale gauche de l'utérus dont le pôle inférieur plonge dans le bassin. Son ramollissement avait fait penser à un kyste, car il contrastait avec la dureté de l'utérus en contraction. Le passage de trois bougies n'amène ni une goutte de sang, ni une goutte de liquide amniotique. On estime qu'il vaut mieux s'abstenir dans ces conditions.

2 avril. — La malade a souffert toute la nuit sans perdre beaucoup. Le matin, elle expulse un œuf ouvert et vide. Il s'agit donc bien d'un utérus fibromateux, dû au mariage tardif de la malade (27 ans). La fausse couche s'est accompagnée de fortes pertes qui ont donné un moment d'inquiétude.

29 novembre. — Une deuxième grossesse est en évolution, Mme B... n'ayant pas eu ses règles de puis le 10 octobre.

26 décembre. — Elimination d'un caillot et cessation des symptômes de grossesse les jours suivants.

14 février 1921. — Mme B... se plaint de ballonnement du ventre. On distingue au-dessus de son fibrome qui atteint l'ombilic, un kyste de l'ovaire qui remonte dans l'hypocondre gauche. La constatation de cette volumineuse tumeur complexe impose une intervention, myomectomie ou hystérectomie.

11 avril 1921. — Opération à la clinique Saint-François d'Assise, kélène, éther,

Très grande incision. Le prétendu kyste de l'hypocondre gauche est un très volumineux fibrome kystique du volume d'un utérus gravide de quatre mois sus-jacent à l'utérus. Ce fibrome fluctuant est formé de plusieurs poches, contenant du liquide. Il a quelques adhérences épiploïdes à l'épigastre.

Pendant qu'on essaie de sortir le *fibrome kystique*, il éclate et nous couvre d'un abondant liquide sanguinolent. Le corps utérin lui-même volumineux, est mou.

Malgré ces grosses lésions, on pratique la myomectomie ; les annexes gauches gênent, on les résèque. Le fibrome ne s'énucléant pas et n'étant nullement pédiculé, on décortique sa base au bistouri. En opérant, on pense que la transforma-

tion kystique du fibrome est le fait du trouble vasculaire que l'on connaît bien dans les fibromes du *fond*.

1° Surjet de capitonnage, avec un long et fort catgut Triollet sur la coque du fond de l'utérus.

2° Surjet sur les bords de la coupe de l'utérus.

3° Surjet séro-séreux avec une aiguille fine courbe et non tranchante. Il reste de cette opération un utérus allongé portant ses annexes droites que l'on couche dans le cul-de-sac vésico-utérin. On ramène l'épiploon et l'on glisse entre celui-ci et le fond de l'utérus une mèche de drainage ou plutôt d'isolement.

18 avril. — Huitième jour, ablation de la mèche.

22 avril. — *Examen histologique* à l'hématéine, éosine, safran, par M. le Docteur Joseph Martin.

« Trois fragments de la tumeur ont été examinés. On retrouve sur deux d'entre eux un muscle utérin à peu près normal, légèrement sclérosé, puis soudain l'aspect change et l'on se trouve en présence de la tumeur qui constitue à elle seule la troisième préparation. La néoformation est composée d'éléments fusiformes extrêmement courts, avec un noyau possédant un réseau chromatinien grossier, assez dense, et un protoplasma acidophile très peu abondant. Ces cellules sont noyées dans un stroma fibreux discret par place, ailleurs plus dense. Il n'y a aucune encapsulation conjonctive de la tumeur qui se continue insensiblement avec les fibres musculaires normales de l'utérus. En outre, on rencontre par place des éléments de taille irrégulière : il s'agit tantôt de phénomènes de dégénérescence et de ratatinement du noyau, tantôt au contraire d'atypie nucléaire marquée avec cellules à noyau bourgeonnant très riche en chromatine et faisant des taches particulièrement sombres sur le fond de la préparation ; la vascularisation est abondante, la paroi endothéliale est nette.

En face de ces caractères, il semble que l'on doive porter le diagnostic histologique de *myome malin*.

Cet examen histologique était fort troublant et l'on pouvait se demander s'il n'y aurait pas lieu de reprendre l'opérée prochainement pour lui faire une hystérectomie.

Une phlébite providentielle survint, qui obligea à patienter plusieurs semaines pendant lesquelles on commença à surveiller de très près les modifications de volume de l'utérus. La phlébite apparut à la jambe droite dès le cinquième jour avec 39°5. Il est à noter que 7 jours avant l'opération, la malade avait eu la même température sous l'influence d'une poussée grippale qui avait fait différer l'opération et qui avait été précédée elle-même de plusieurs poussées thermiques.

21 avril. — La phlébite passe à la jambe gauche.

25 mai. — On note au palper abdominal que le fond utérin remonte exactement à trois doigts au-dessus du pubis ; ce sera un point de repère pour la surveillance du développement de l'utérus.

17 octobre 1921. — Mme B... va bien ; ses règles reviennent tous les mois, sont raisonnables comme quantité, et durent trois ou quatre jours.

Examen local. — L'utérus ne dépasse pas certainement le volume du 25 mai, il est plutôt un peu au-dessous. Au palper bimanuel, il est devenu à peu près normal. *Il n'y a pas de récédive de fibrome et surtout de sarcome.*

19 avril 1922. — Pas de modification.

16 juin. — Début manifeste d'une grossesse, le premier jour des dernières règles étant le 30 mars.

27 juillet. — La grossesse évolue, mais un peu péniblement ; poussée légère et très passagère de pyélo-néphrite à gauche. On remarque, et cela à plusieurs examens, que l'utérus est plus développé que ne le comporte l'âge de la grossesse, ce qui renouvelle mes inquiétudes et fait penser entre autres hypothèses à la possibilité du développement gravidique de quelques *noyaux fibromateux* et rappelle aussi à l'esprit le diagnostic histologique de myome malin.

6 novembre. — La grossesse devrait se prolonger jusqu'au commencement de janvier et, à 7 mois, la hauteur utérine est déjà de 32 centimètres. A trois reprises, à près d'un mois de distance, de petites hémorragies se sont produites cédant à des lavements de laudanum. La dernière s'est accompagnée de l'expulsion de caillots, ce qui suscite la crainte d'une insertion anormale du placenta.

16 novembre 1922. — Examen avec le Docteur Trillat, il trouve une hauteur de 34 centimètres, une circonférence de 105 centimètres, mais il constate que la paroi utérine, quoique tendue, est souple, sans aucun relief suspect, il admet que le volume anormal de l'utérus est dû à de l'hydramnios ; le fœtus se présente par le siège en S, I. G. A. Urine sans albumine.

8 décembre 1922. — La malade a été transportée dans une clinique obstétricale à cause de ses pertes.

M. Trillat fait un examen vaginal avec de grandes précautions, il se proposait de mettre un ballon de Champetier de Ribes. Avec la première bougie dilatatrice, il reconnaît un col, refoulé à droite, très long. Au delà, il atteint le placenta péniblement et à travers lui, la présentation. Donc *placenta prævia*. A gauche du col, il reconnaît une masse latérale gauche fixe qui est la cause de la déviation du col : *fibrome prævia* probable. Dans ces conditions, l'accouchement par les voies naturelles lui paraît impossible ; les ballons n'arriveront pas à dilater le col. La mère est aussi exposée que l'enfant. Nous décidons le transport de la malade à la clinique chirurgicale de Saint-François-d'Assise. J'interviens le matin même à 11 heures ; la poche des eaux s'était rompue dans la matinée.

Opération le 8 décembre 1922. Anesthésie à l'éther.

Grande incision de l'épigastre au pubis suivant l'ancienne cicatrice qui *est trouvée solide*. L'utérus est extériorisé et entouré de compresses. Pas d'adhérence épiploïque ou intestinale le long de la cicatrice de la myomectomie, mais seulement un voile d'adhérences légères entre le bord gauche de l'utérus, le bassin et la vessie. A l'incision de l'utérus, ça saigne fortement. L'œuf sort, la présentation du siège est confirmée. On sort l'enfant, une pince sur le cordon. De suite, je mets comme lien à la partie moyenne de l'utérus un fort drain tenu par une pince. L'utérus ne saigne pas.

Déjà, l'hystérectomie avait été décidée en principe, comme mettant la malade à l'abri de nouvelles interventions liées à l'évolution de nouveaux fibromes et surtout comme lui faisant courir moins de risques immédiats qu'une césarienne conservatrice. Il ne fallait pas trop non plus négliger le

diagnostic histologique de *myome malin*, bien que cliniquement on n'en ait pas observé l'évolution jusqu'ici.

Nous comptions sur une hystérectomie facile. Il n'en fut rien. En effet, en arrivant à la ligature de l'utérine gauche, nous reconnûmes sous des adhérences dans le ligament large gauche, en partie cachés par le pubis, *deux fibromes gros comme des œufs*.

Après leur décortication, une vaginale donna un fort jet de sang et on en fit la ligature avec quelque difficulté. Il est probable que ce fut à ce moment que *fut liée l'uretère gauche*.

L'utérus ne tient plus que par le vagin ; je le sectionne au thermocautère coudé au-dessous de ma pince courbe. Mèche vaginale de drainage. Péritonisation au-dessus. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage. Sérum, huile camphrée.

Examen de la pièce. — Le corps utérin ne présente au niveau de son fond aucune production suspecte, la cicatrice de la myomectomie est à peine reconnaissable. Les annexes droites ne présentent rien de spécial.

Le placenta avait une forme bizarre, en 8 de chiffre, la partie étranglée correspondant à l'orifice interne ; la partie principale épaisse était appliquée à la paroi utérine droite ; la partie gauche était moins importante et amincie. La paroi utérine était très épaissie. Un fragment en fut pris pour examen histologique.

Le segment inférieur présente deux fibromes mous du volume de deux grosses figues fraîches. Le col continue la paroi latérale droite de l'utérus ; à gauche, elle est intimement doublée des masses fibromateuses déjà signalées au cours de l'opération. Elles font sur le côté du col un relief de 7 à 8 centimètres. Ces fibromes rendaient une subtotale impossible. Fixés par des adhérences et probablement intra-ligamentaires, ils n'auraient pu remonter au-dessus des parties fœtales. Le col dans lequel on entre très aisément le doigt, est très long, de 8 à 9 centimètres. L'effacement et la dilatation d'un tel col, doublé de fibromes sous isthmiques, eussent été impossibles.

Examen histologique. — De trois fragments : sur l'un, on retrouve du muscle utérin normal, sur un autre l'aspect est celui du myome banal. Sur le troisième, la *transformation maligne est incontestable*, signée par la disposition irrégulière des fibres musculaires lisses néo-formées, et surtout par l'anarchie et les monstruosité nucléaires. Sur ce point, il s'agit de myome malin.

Au reçu de cette analyse et signalant l'évolution clinique peu en rapport avec le diagnostic clinique, j'ai prié M. le Docteur Martin, qui avait fait l'examen histologique des pièces après la myomectomie et l'opération césarienne, de revoir ses préparations. Dans les deux pièces, me répondit-il, on peut affirmer le diagnostic de sarcome ou de myome malin : anarchie cellulaire, plus prononcée dans la seconde pièce. Il s'agit d'ailleurs, ajoutait-il, d'une malignité relative locale.

Suites opératoires. — Le premier soir 37°8, pouls 130. Le lendemain, température de 39°4 avec un pouls à 120, qui tombe dès le soir pour osciller ensuite autour de 38°.

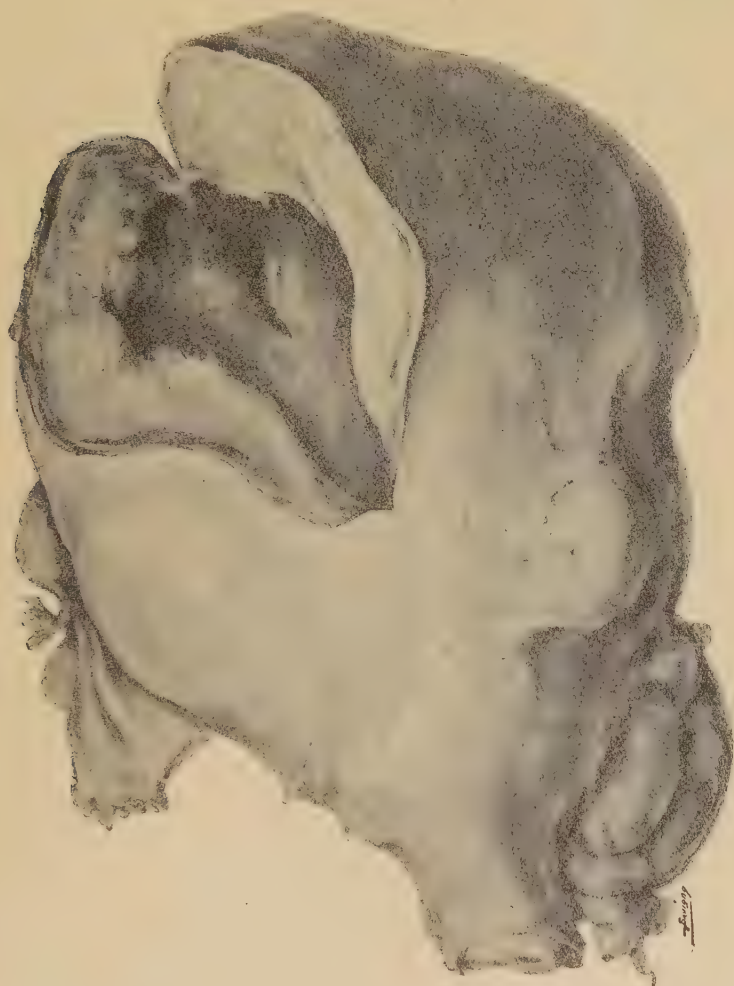
Aucune réaction péritonéale ; miction toujours spontanée. Mais très vite la malade se plaint du flanc gauche et je sens un rein sensible et gros, j'en conclus que j'ai lié l'uretère gauche, et je souhaite que ma ligature tienne, ce qui évitera les ennuis d'une fistule urétérale. Un peu de céphalée.

Or, le 23 décembre, seizième jour après l'opération, la malade se sent mouillée, miction vésicale peu abondante. La malade rappelle qu'au début de la grossesse, elle a souffert du rein gauche (poussée légère de pyélo-néphrite de ce côté), sa température oscille toujours au voisinage de 38°.

Dans ce cas, on ne saurait penser à aller faire une urétéro-cysto-néostomie. Mon parti est pris de pratiquer sans retard la néphrectomie, mais je prie mon ami le Docteur Rafin, de vérifier au préalable que la fistule provient bien de l'uretère gauche et que les urines fournies par le rein droit sont normales (urée 17 gr. 88 par litre. Chlorures 6 gr. 90).

Pratiquant le toucher vaginal, j'ai la surprise de constater du côté gauche, dans le cul-de-sac vaginal gauche, une induration, ayant au moins le volume d'un œuf. La plaie vaginale de l'hystérectomie semble cicatrisée.

Diverses hypothèses désagréables surgissent à cette constatation. On se rattache à celle d'une lésion inflammatoire, circonscrivant le foyer de la lésion urétérale.



Fibrome juxta-cervical, opération césarienne, hystérectomie.

Opération le 13 janvier 1923. — Néphrectomie gauche facile.

Examen du rein par M. Rafin. Il y a une déjà une distension importante du rein et du bassinet et une atrophie marquée de la substance rénale.

Suites immédiates de la néphrectomie absolument simples. L'accroissement des urines vésicales ne s'est établi que plusieurs jours après. La température s'abaisse, mais lentement.

Le 24 janvier, poussée fébrile à 39° et douleur dans le membre inférieur gauche, ce n'est pas la douleur du mollet de la phlébite, mais des douleurs irradiées à la base de la cuisse, plus sur sa face externe que le long des vaisseaux.

29 janvier 1923. — Depuis quelques jours, Mme B... se plaint davantage du haut de la cuisse gauche et du bas-ventre, sa température s'élève avec de grandes oscillations et on craint une suppuration du foyer pelvien gauche.

Apparition dans la soirée du 28, de besoins d'uriner fréquents : l'urine est d'ailleurs limpide, c'est le symptôme avant-coureur de l'évacuation vésicale de l'abcès pelvien.

Intervention le 29 janvier, donc sans retard.

La voie vaginale serait dangereuse, l'utérus n'étant plus là pour protéger la vessie. Je fais une incision sus-pubienne transversale et latérale, et dans la profondeur je passe entre le canal inguinal et les vaisseaux iliaques pour atteindre la tuméfaction par sa face pubienne. Un pus fétide s'échappe. J'entre dans une cavité bien enkystée, aux parois lisses, d'où je retire une masse de tissu grisâtre sphacélé que l'on attribue au sphacèle du tissu cellulaire dans une poche d'infiltration urinaire.

1^{er} mars 1923. — Tout est terminé, plaies cicatrisées, apyrexie complète, miction normale.

9 novembre 1923. — Donc, près d'un an après la césarienne, l'enfant, un garçon, qui pesait 2 kilos 850 à sa naissance, va bien et pèse 11 kilos. La mère elle-même va bien, a pris 10 kilos ; rein droit non augmenté de volume ; urine limpide sans albumine ; bonnes cicatrices abdominales et vaginale. (Réflexion de la mère : « Mon enfant, sûrement je ne le regrette pas ! »)

CHAPITRE IV

Récidives malignes après myomectomie pour fibromes pédiculés du fond ou pour myome malin.

Nous n'avons jamais observé de cas de récurrence maligne après l'énucléation d'un fibromyome, tumeur essentiellement de nature bénigne.

Cependant, une réserve doit être faite du fait de la possibilité de dégénérescence maligne de certains fibromes pédiculés kystiques implantés sur le fond de l'utérus. M. Albertin a signalé la fréquence relative de cette dégénérescence et il a publié dans la thèse de son élève Gidon, une série d'observations de fibromyomes ainsi pédiculés et situés, qui revêtaient une allure clinique spéciale et une constitution histologique ne laissant aucun doute sur leur malignité, celle-ci allant jusqu'à la récurrence après myomectomie.

Aussi quand on se trouvera en présence de cette variété de fibromes, devra-t-on se résoudre à l'opération radicale. Il est donc important de reconnaître

leurs caractères. Ce sont généralement des tumeurs volumineuses à accroissement rapide, alors que les fibromes ordinaires même pédiculés s'accroissent lentement. Leur surface est tantôt irrégulière avec des bosselures multiples ressemblant à des tubercules de topinambour, tantôt plus ou moins sphériques, avec des cavités pseudo-kystiques; elle est souvent sillonnée de grosses veines. De coloration tantôt blanc mat, tantôt rouge ou jaune avec par place des îlots hémorragiques, elles ont une consistance variable, mais en général plutôt dure, avec par endroits des points plus mous, dus à la présence de géodes.

La constatation de telles tumeurs au cours d'une intervention doit conduire à faire l'*hystérectomie*. Nous citerons trois observations de la thèse de Gidon :

OBSERVATION XX

(M. le Docteur ALBERTIN)

(In Thèse GIDON, 1920)

Myomectomie en 1905. Récidive 2 ans après. Refus d'opération

P..., 41 ans, 23 juin 1905. La malade rentre pour des troubles gastro-intestinaux. Elle accuse, en outre, de la pollakiurie et des pertes blanches très abondantes.

A l'examen, on sent une tumeur du volume de deux poings, mobile, perçue à la palpation entre le pubis et l'ombilic. On diagnostique un fibrome pédiculé, et l'intervention a lieu le 28 juin 1905 (Docteur Albertin). Trouvant l'utérus de volume normal, les annexes indemnes, il sectionne le pédicule d'implantation sur le fond utérin et enfouit la tranche de section sous une suture péritonéale par adossement. Guérison sans incident.

Deux ans après (1907), la malade revient avec une récurrence sous forme de tumeur sus-pubienne, adhérente à la cicatrice abdominale et s'étalant dans le bassin. Le toucher montre une infiltration du pelvis, avec une immobilisation de l'utérus. Il existe des troubles vésicaux, dysurie, ténésme, urines troubles. La malade refuse une nouvelle intervention.

C'est cette observation qui a attiré l'attention sur la malignité possible et probable des fibromyomes implantés sur le fond de l'utérus, avec développement rapide, et capables de récurrence et de diffuser en cas d'ablation incomplète par myomectomie.

OBSERVATION XXI

(Observation XVIII, *in thèse* GIDON, 1920)

(MM. R. TRIPIER et Aug. POLLOSSON)

Myomectomie. Récurrence 15 mois après. Laparotomie. Mort.

Femme de 45 ans. Quinze mois auparavant, myomectomie dans le service de M. Terrier, par voie abdominale, avec suture à la paroi de la loge du myome. Néanmoins, la malade voit se développer à nouveau dans son ventre une tumeur très bosselée. Le ventre avait le volume d'une grossesse de huit mois, quand la laparotomie fut pratiquée dans le service de M. Léon Tripier. On enleva les masses lobulées qui se rattachaient par des pédicules ou des adhérences larges au péritoine pariétal, à l'épiploon et à l'utérus. Après cette ablation, il restait dans l'excavation l'utérus encore volumineux et à côté de lui une masse arrondie, ayant presque le volume d'une tête fœtale enclavée et qui fut abandonnée.

Mort d'infection deux jours après l'intervention.

On vit, à l'autopsie, que la masse du petit bassin était un volumineux fibrome de la paroi latérale de l'utérus et semblable aux masses lobulées enlevées. Pas d'autres noyaux de généralisation. Les examens histologiques, longuement étudiés par MM. Paviot et Bérard, ont montré tous les caractères des myomes malins.

OBSERVATION XXII

(Observation XX de la thèse de GIDON, Lyon, 1920)

Myomectomie en 1915 par M. le Professeur Pollosson. Récidive 5 ans après. Hystérectomie totale par M. le Docteur Pellanda.

Veuve G..., née R..., 42 ans, 2 enfants en 1895 et en 1899, vivants et bien portants, 1 fillette morte à 3 mois de bronchite. Accouchements normaux. Pas de fausse couche. Réglée à 15 ans, régulièrement. Quelques pertes blanches. Il y a 12 ans pertes rouges ; elle est soignée à ce moment pour rétroversion.

Opérée en 1915, par M. Pollosson, pour myome malin du fond utérin (myomectomie).

Mars 1920. — Elle souffre depuis un mois et demi de douleurs lombaires. Le ventre augmente rapidement de volume. Pas de pertes, menstruations normales. Douleurs abdominales irradiées à tout l'abdomen. Elle est envoyée avec le diagnostic d'ascite symptomatique de lésions ovariennes. A l'examen fait dans le service, on pense à une grosse masse kystique ou ascitique.

Intervention (Docteur Pellanda). — Laparotomie médiane parallèle à la primitive. La poche ascitique est bien une véritable poche non adhérente aux intestins, extrêmement mince, bleuâtre, rappelant absolument un foyer de péritonite enkystée. Elle se rompt et donne issue à 8 ou 10 litres de liquide séreux brunâtre très clair. On isole difficilement, en raison de l'obésité, le champ pelvien. On enlève en totalité un utérus fibromateux gros comme un poing, parfaitement normal, auquel sont appendus deux ovaires normaux. Sa vaste poche, extrêmement amincie dans l'abdomen, s'épaissit à mesure qu'elle se rapproche de son insertion primitive qui semble être un noyau primitivement développé sur la paroi antérieure de l'S iliaque, adhérent secondairement au Douglas et librement distendu dans la grande cavité abdominale. Il résultait, sans doute, d'une greffe du myome malin primitif.

De la première observation, M. Albertin semble déduire la malignité possible et probable des fibromyomes implantés sur le fond de l'utérus. La seconde montre, à la suite d'une myomectomie pratiquée par le Docteur Terrier, le développement d'un énorme fibrome revêtant, d'après les examens histologiques de MM. les Professeurs Paviot et Bérard, tous les caractères des myomes malins.

Dans la troisième, ablation par M. le Prof. Pollosson d'un myome malin du fond de l'utérus. A une seconde laparotomie faite 5 ans après par M. le Docteur Pellanda, chef de clinique, on trouve un kyste non ovarien. Et on émet cette hypothèse : « Il résultait sans doute d'une greffe du myome malin primitif. »

Notre maître, M. le Docteur Goullioud, a fait aussi bon nombre de myomectomies pour fibromes du fond pédiculés, sans observer de récives malignes dans ces cas. L'observation XIV est convainquante à ce sujet. En effet, lors de la myomectomie : ablation d'un volumineux fibrome du fond pesant 2 kg. 500. L'aspect macroscopique lui fait craindre un fibro-sarcome ; il regrette même de ne pas avoir fait une hystérectomie et il se promet de surveiller de près la malade pour intervenir rapidement en cas de récive. Or quelle fut cette évolution ? La malade guérit complètement, eut une grossesse normale et un enfant bien constitué, et n'eut une récive de son fibrome que 22 ans après. On lui fit une application de Radium, qui mit fin à ses hémorragies.

Dans l'observation XIV, M. Goullioud a fait une myomectomie pour un fibrome du fond, kystique, qui présentait bien une allure clinique spéciale et pour lequel l'histologie a dit « *myome malin* ». Grand fut son embarras au reçu de ce diagnostic histologique. Fallait-il d'emblée proposer une hystérectomie ? — Une phlébite providentielle survint, qui permit d'attendre quelques semaines.

M. le Docteur J. Martin, consulté, reconnut qu'il s'agissait dans ces cas d'une malignité relative. Le fait est qu'il n'y en a pas eu pendant les deux ans qui ont suivi la myomectomie, malgré l'évolution d'une grossesse, et que, lors de la césarienne, la cicatrice du fond de l'utérus ne présentait rien de suspect.

Cependant M. Goullioud n'a pas pu ne pas tenir compte de l'avis donné par les histologistes et cet avis l'a beaucoup influencé dans le choix entre une césarienne suivie d'une hystérectomie ou une césarienne conservatrice. (M. Plauchu a communiqué récemment à la Société d'Obst. et de Gyn. deux cas de césarienne conservatrice dans des dystocies pour fibrome prævia.)

Après la seconde opération, l'histologie répondit encore « *myome malin* ». Là, M. Goullioud a émis un doute très réservé d'ailleurs, se demandant si les transformations des fibromes du fait de la grossesse ne pouvaient pas prêter à erreur et faire supposer une malignité non réelle. Car, cliniquement, ces noyaux fibreux juxta-cervicaux n'avaient pas une allure clinique de tumeur maligne et ils existaient deux ans au-

paravant quand la malade fut soignée pour une fausse-couche, dès le début de son mariage.

Mais *il faut être très réservé*, car dans les myomes malins, il s'agit d'une malignité réelle, mais insidieuse et à lente évolution.

Telle la malignité d'un cas de M. Goullioud à rapprocher des observations de M. Albertin où une récurrence se produisit après 4 ans. Il s'agissait d'un myome malin kystique du fond de l'utérus. Malgré une hystérectomie, une récurrence se produisit et, semble-t-il, au niveau d'une adhérence de la tumeur 4 ans après (Cas de Mme Y...)

CONCLUSIONS

1° Il ne faut pas dissimuler que la myomectomie, qui est une opération souvent *incomplète, palliative*, mais conservatrice des fonctions génitales de la femme, expose à la *récidive*, c'est-à-dire :

a) au développement ultérieur de fibromyomes méconnus ou laissés, volontairement ou non, dans les parois utérines ;

b) ou bien encore à l'apparition de nouveaux noyaux, développés sous l'influence inconnue actuellement, qui a fait naître les premiers.

2° On peut classer les observations de récidives sous des titres divers :

1) Les *récidives vraies*, dans lesquelles au bout de quelques années, des noyaux fibromateux arrivent pour ainsi dire à « *maturité* », c'est-à-dire déterminent de nouveaux accidents : l'hémorragie est le principal symptôme qui ait nécessité des réinterventions.

II) les *récidives latentes* : développement de fibromyomes dans les parois utérines sans que ceux-ci n'amènent aucun trouble et par conséquent sans qu'il soit nécessaire de revenir à une nouvelle intervention. Nous n'en connaissons pas la fréquence, car elles échappent en général à l'observation (observ. XVIII).

III) Cas de persistance au niveau du col utérin de noyaux qui n'ont pas été enlevés lors d'une myomectomie du fond utérin et qui ont déterminé des accidents dystociques (obs. XIX).

IV) *Cas de récidives malignes*, quand l'énucléation a été faite, non pour des fibromes, mais pour des myomes malins. Nous ne connaissons que les observations citées dans la thèse de Gidon, inspirée par M. le Docteur Albertin.

Mais les cas qui nous intéressent particulièrement sont les cas de *récidives vraies* où il a fallu réintervenir, le plus souvent pour des hémorragies.

Ces symptômes apparaissent au bout d'un temps variable : de 20 mois (Obs. I) à 22 ans (Obs. XIV).

La *fréquence* de ces récidives varie suivant les statistiques de 0,75 % (Zwiebel); 2,5 % (Mayo); 2,85 % (Martin) de Berlin; à 10 % (Giles de Londres).

Dans la statistique du Docteur Goullioud, qui comprend 120 cas suivis pendant 10 à 22 ans, nous trouvons 10 cas, soit 8,33 %.

Le *traitement* a été : jusqu'en 1922 l'hystérectomie, totale le plus souvent; à partir de 1922, une application de Radium pendant 24 ou 48 heures, de 120 milligr.

Mais toujours l'intervention conservatrice a laissé aux femmes quelques années, *dix ans en moyenne*, de vie génitale normale, pendant laquelle quelques-unes ont pu se marier, et plusieurs avoir des enfants.

Donc la myomectomie abdominale est malgré tout une intervention à conserver, mais il faut bien choisir les cas :

1° pour qu'elle ne soit pas une opération dangereuse ;

2° pour que l'on n'ait pas trop de chance d'une récurrence.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

VILLARD

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Janvier 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Des suites éloignées de la myomectomie abdominale. (*Th. de Lyon*, 1922.)
- ALEXANDER. — *Semaine médicale*, 1899. — Troisième Congrès de gynéc. et d'obst. tenu à Amsterdam en 1899.
- ALBERTIN. — *Journal de Chirurgie*, 1911 ; *Lyon médical*, 1911.
- BENOIT-GONIN. — Contribution à l'étude des grossesses après myomectomie. (*Th. de Lyon*, 1913.)
- BONIER Maurice. — De la myomectomie abdominale dans le traitement des fibromes utérins. (*Th. de Lyon*, 1904.)
- BAUDET Lucien. — Contribution à l'étude des fibromes utérins et en particulier de l'influence de la stérilité. (*Th. Bordeaux*, 1921.)
- BALDY. — Congrès de gynéc. et d'obst. tenu à Amsterdam en 1899.
- COTTE. — Hypertension et fibromes utérins. (*Société médicale de Lyon*, 21 nov. 1922.)
- CLAISSE. — Recherches sur le développement des fibromes. (*Th. Paris*, 1900.)
- DARTIGUES. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes (*Thèse de Paris*, 1901.)
- DIDIER (Robert). — Peut-on étendre les indication de la myomectomie dans le traitement des fibromes utérins. (*Gaz. des Hôp.*, 1922, p. 965.)
- DRIVET (Camille). — De la myomectomie abdominale, ses complications. Moyen d'y remédier. (*Thèse de Lyon*, 1906.)

- ENGSTROEM (d'Helsingfors, Russie). — Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles, 1892.
— Congrès d'Amsterdam, 1899.
- FERENDINOS. — (*Thèse de Paris*, 1900.)
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de Gynécologie (1921).
- GUELPA. — Fibromes utérins ou hypertrophie de la prostate et activité sexuelle. (*Presse Méd.*, 1922, p. 504, n° 46.)
- GILES. — Indications et résultats de la myomectomie dans les fibromes. (*Gynéc. et Obst.*, 1923, t. VII, n° 5, p. 420.)
- GOULLIoud. — 1° Des indications actuelles de la myomectomie. (*Presse Méd.*, 25 février 1922, n° 16.)
2° Myomectomie et radium dans le traitement des fibromes. (*Lyon Chirurgical*, juillet-août 1922.)
3° Fibromes distants et fibromes aberrants d'origine utérine. (*Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale*, Paris 1914. — *Presse Méd.*, février 1922.)
4° Quinze cas de grossesses après la myomectomie abdominale. (*Gyn. et Obst.*, 1924, t. IX, n° 3.)
- GIDON. — Contribution à l'étude du fibromyome malin du fond de l'utérus et en particulier des fibromyomes pédiculés sur le fond utérin. (*Thèse de Lyon*, 1920.)
- GUÉNIOT. — Thérapeutique gynécologique. (2^e édition, 1922.)
- JABOULAY. — Enucléation par la voie abdominale. (*Médecine moderne*, 1893, n° 92.)
- KEIFFER. — 1° Un cas de récidence rapide. (*Société belge de Gyn. et Obst.*, 1923, t. VIII, n° 4.)
2° Recherches sur l'étiologie et le développement des myomes utérins. (*Presse Méd.*, 30 avril 1898.)
3° Recherches sur la localisation et le mode de développement des myomes de l'utérus humain. (*La Gynécologie*, février 1906.)
- LEFEBVRE. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la myomectomie abdominale. (*Thèse de Paris*, 1922.)
- LEROUX. — De la nécrobiose des fibromes utérins pendant la grossesse. (*Thèse de Paris*, 1923.)
- LE FORT. — Myomectomie. Développement ultérieur de fibromes à allure grave. (*Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, t. XIII, n° 2, 1924.)

- LABEY. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. (XXXIII^e Congrès de Chirurgie de Paris, 1924.)
- LYON CHIRURGICAL. — T. XXI, mars-avril 1924. (Séance de la Société de Chirurgie de Lyon.)
- MOULONGUET-DOLÉRIS. — La glande à sécrétion interne de l'ovaire humain. (Thèse de Paris, 1923. — *Gynéc. et Obst.*, t. VII, n° 5, p. 491.)
- MAYO (W.-G.). — (*Archives franco-belges de Chirurgie*, juin 1922, et *Presse Méd.*, 1921, p. 490.)
- MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes, traduction française par Varnier et Veiss, 1889.
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- PILLET et COSTES. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de l'utérus et de ses annexes. (*Compte rendu de la Société de Biologie*, octobre 1894.)
- PINARD. — Des fibromyomes de l'utérus et en particulier des causes qui favorisent leur éclosion ou leur développement. (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1904.)
- ROSNER (Alexandre). — Pathogénèse des myomes et état constitutionnel des organes génitaux de la femme. (*Gyn. et Obst.*, 1922, p. 358, n° 5.)
- SCHICKELÉ. — Récidive après myomectomie. (*Bull. de la Société de Gyn. et d'Obst. de Paris*, 1924, n° 1, p. 80.)
- TUFFIER. — 1° De l'énucléation des fibromes utérins. (*Mono-graphie clinique*, 1904, n° 38.)
- TÉMOIN. — Ablation des fibromes par voie abdominale. (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1896.)
- TUFFIER et GUNIARD. — Discussion sur la myomectomie. (*Soc. de Chir.*, 18 nov. 1903.)
- TIXIER. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. (XXXIII^e Congrès de Chirurgie de Paris, 1924.)
- VILLARD. — Un cas de récurrence. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 3 déc. 1903. — *Lyon Médical*, 3 janvier 1904, p. 31.)
- YCARD. — De l'étiologie des fibromyomes de l'utérus. (Thèse de Paris, 1904.)
- ZWIBEL. — Enucléation abdominale dans le traitement des fibromes. (Thèse de Paris, 1900.)

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Chapitre premier. — Récidives vraies	13
I. — Physiologie utérine post-opératoire ou évolution des fibromes après la myomec- tomie.	14
II. — Considérations pathogéniques et étio- logiques	16
III. — Anatomie pathologique	23
IV. — Symptômes.	25
V. — Fréquence	26
VI. — Temps nécessaire à la récurrence	34
VII. — Indications thérapeutiques	36
Observations	41
Chapitre II. — Récidives latentes	75
Chapitre III. — Persistance des noyaux fibro- mateux juxta-cervicaux ayant causé des acci- dents obstétricaux	79
Chapitre IV. — Récidives malignes après myo- mectomie pour fibromes pédiculés du fond ou pour myome malin	89
Conclusions	97
Bibliographie	101
